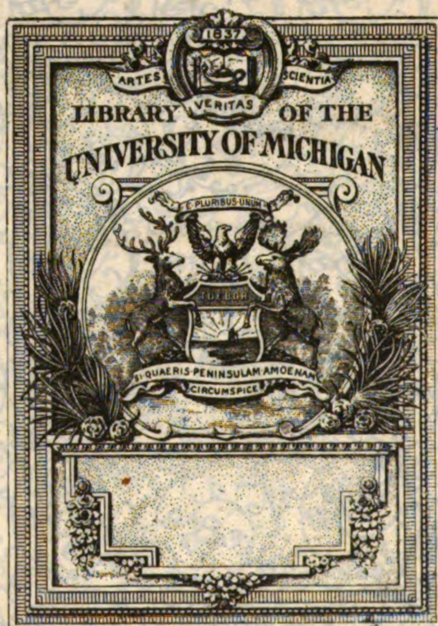
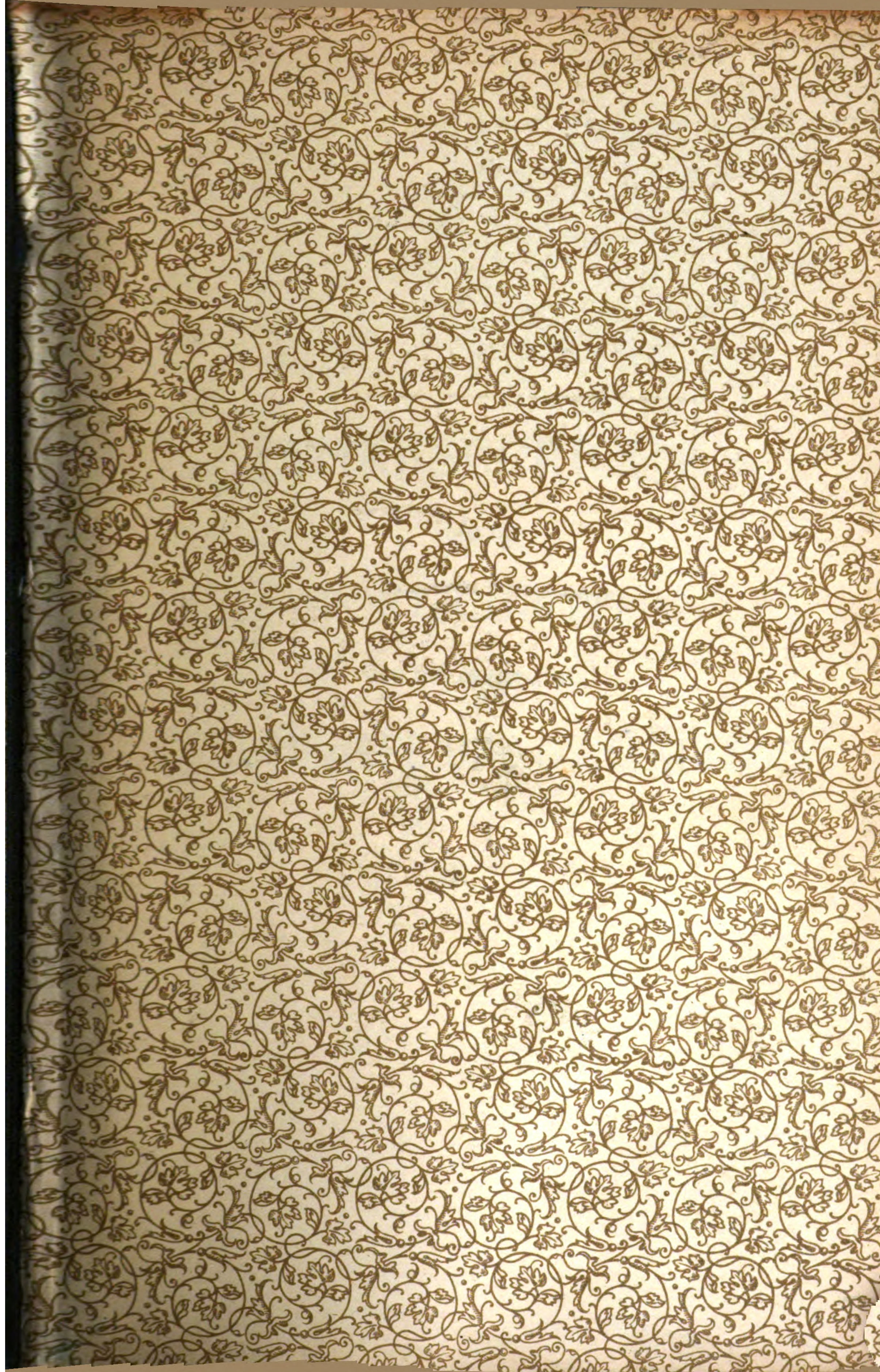



1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



JAHRESBERICHT

ÜBER DIE

FORTSCHRITTE

AUF DEM GEBIETE DER

GEBURTSHILFE UND GYNÄKOLOGIE

JAHRESBERICHT

ÜBER DIE

FORTSCHRITTE

AUF DEM GEBIETE DER

GEBURTSHILFE UND GYNÄKOLOGIE.

UNTER DER MITWIRKUNG VON

DR. L. ADLER (WIEN), DR. ARTOM DI SANT' AGNESE (ROM), DR. K. BAISCH (MÜNCHEN), DR. E. BRACHT (BERLIN), DR. BRANDT (CHRISTIANIA), DR. K. FRANZ (BERLIN), DR. H. W. FREUND (STRASSBURG I/E.), DR. F. FROMME (BERLIN), DR. A. HAMM (STRASSBURG I/E.), DR. W. HANNES (BRESLAU), DR. K. HEGAR (FREIBURG I/BR.), DR. TH. HEYNEMANN (HALLE), DR. F. HITSCHMANN (WIEN), DR. W. HOLLEMAN (AMSTERDAM), DR. O. HORN (KOPENHAGEN), DR. R. JASCHKE (GIESSEN), DR. H. JENTTER (ST. PETERSBURG), DR. K. KAMANN (MAGDEBURG), DR. F. KERMAUNER (WIEN), DR. L. KNAPP (PRAG), A. J. M. LAMERS (AMSTERDAM), DR. S. LINDQVIST (STOCKHOLM), DR. A. MAYER (TÜBINGEN), DR. MENDES DE LEON (AMSTERDAM), DR. R. MEYER (BERLIN), DR. MIJNLIEFF (TIEL), DR. NEUGEBAUER (WARSCHAU), DR. M. PENKERT (HALLE), DR. K. REIFFERSCHEID (BONN), DR. E. RUNGE (BERLIN), DR. W. STOECKEL (KIEL), DR. M. STUMPF (MÜNCHEN), DR. TEMESVÁRY (BUDAPEST), DR. J. VEIT (HALLE), DR. ZUR VERTH (KIEL), DR. H. WALTHER (GIESSEN), DR. W. ZIETZSCHMANN (BREMERHAVEN), DR. A. ZINSSER (BERLIN).

REDIGIERT VON

PROF. DR. K. FRANZ IN BERLIN. UND **PROF. DR. J. VEIT** IN HALLE.

XXVI. JAHRGANG.

BERICHT ÜBER DAS JAHR 1912.

WIESBADEN.

VERLAG VON J. F. BERGMANN.

1913.

Druck der Königl. Universitätsdruckerei H. Stürtz A. G., Würzburg.

Inhalt.

I. Gynäkologie.

II. Geburtshilfe.

Aufforderung.

Die Redaktion des vorliegenden Jahresberichts richtet an die Herren Fachgenossen die Bitte, sie durch Übersendung von Separatabdrücken ihrer Veröffentlichungen weiter zu unterstützen und insbesondere an die Vorstände der Kliniken die Bitte, die jungen Doktoren zur Einsendung ihrer Dissertationen zu veranlassen.

Sämtliche Literaturangaben, bei welchen das Jahr des Erscheinens nicht besonders bemerkt ist, sind auf das Berichtsjahr — 1912 — zu beziehen.

I. TEIL.

GYNÄKOLOGIE.

I.

Lehrbücher.

Referent: Prof. Dr. Stoeckel.

1. *Abel, K., Vorlesungen über Frauenkrankheiten. 1911. Berlin, O. Coblentz.
2. *Baisch, K., Behandlung der funktionellen Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane. Handbuch der modernen Therapie von Penzoldt und Stintzing. 4. Aufl. Bd. 7. Jena, Gustav Fischer.
3. Batigne, P., Eléments de gynécologie. Paris, A. Malvine 1911.
4. *Bier, A. H., Braun und H. Kümmell, Chirurgische Operationslehre. Leipzig, J. A. Barth.
5. *Bossi, L. M., Die gynäkologische Prophylaxe bei Wahnsinn. Berlin, O. Coblentz.
6. *Broman, Ivar, Normale und abnorme Entwickelung des Menschen. Wiesbaden, J. F. Bergmann 1911.
7. *Boruttan, H., und L. Mann, Handbuch der gesamten medizinischen Anwendungen der Elektrizität, einschliesslich der Röntgenlehre. Leipzig, W. Klinkhardt.
8. Burrace, W. L., Gynecological diagnosis. New York, Appleton and Co.
9. *Döderlein, A., und B. Kroenig, Operative Gynäkologie. 3. Aufl. Leipzig, G. Thieme.
10. *Dührssen, A., Gynäkologisches Vademekum. 10. Aufl. Berlin, S. Karger.
11. *Fränkel, M., Die Röntgenstrahlen in der Gynäkologie mit einem Ausblick auf ihren künftigen Wert für soziale und sexuelle Fragen. 1911.
12. *v. Frankl-Hochwart, C. H. v. Noorden und A. v. Strümpell, Die Erkrankungen der weiblichen Genitalien in Beziehung zur inneren Medizin. Wien, A. Hölder.
13. Gärdner, W. S., A Textbook of Gynecology. New York, Appleton and Co.
14. *Gauss, J., und H. Lembcke, Röntgentiefentherapie, ihre theoretischen Grundlagen und ihre klinischen Erfolge. Berlin, Wien, Urban und Schwarzenberg.
15. Giles, A. E., Gynaecological Nursing. London, Baillière, Tindall and Cox. 1912.
16. Gilliam, D. T., Textbook of practical gynecology. 4. Aufl.
17. Jeannin, C., und P. Guéniot, Therapeutique obstétricale et gynécologique. J. B. Baillière et fils, Paris.
19. *Küstner, O., Kurzes Lehrbuch der Gynäkologie. 5. Aufl. Jena. Gustav Fischer.
20. Lexer, E., Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie. 6. Aufl. Stuttgart, F. Enke.
21. *Liepmann, W., Der gynäkologische Operationskurs an der Leiche. 2. Aufl. Berlin, A. Hirschwald.
22. *— Atlas der Operations-Anatomie und Operations-Pathologie der weiblichen Sexualorgane. Berlin, A. Hirschwald.
23. *Martin, E., Der Haftapparat der weiblichen Genitalien. II. Teil: Der Prolaps. Berlin, S. Karger.
24. *Matthes, Paul, Infantilismus und Asthenie und ihre Beziehungen zum Nervensystem. Berlin, S. Karger.
25. *Moraller, Höhl und Robert Meyer, Atlas der normalen Histologie der weiblichen Geschlechtsorgane. Leipzig, J. A. Barth.

26. Ploss, H., und Max Bartels, Das Weib in der Natur- und Völkerkunde. 10. Aufl. Leipzig, Grieben.
27. *Schmieden, V., Der chirurgische Operationskursus. 2. Aufl. Leipzig, J. A. Barth.
28. *Schottländer, J., und F. Kermauner, Zur Kenntnis des Uteruskarzinoms. Berlin, S. Karger.
29. *Schwalbe, J., Therapeutische Technik für die ärztliche Praxis. 2. Aufl. Leipzig, G. Thieme.
30. Strassmann, P., Arznei- und Diätverordnungen für die gynäkologische Praxis. Berlin, A. Hirschwald.
31. Stratz, H., Die Schönheit des weiblichen Körpers. Stuttgart, F. Enke.
32. Ulesko-Stroganowa, Kurzer Leitfaden der mikroskopischen Diagnostik in der Gynäkologie. St. Petersburg. (H. Jentter.)
33. Weindler, Fr., Geschichte der gynäkologisch-anatomischen Abbildung. Dresden, Zahn und Jaensche.
34. Willey, F. E., Diseases of women, a handbook for Nurses. London, The scientific Press.
35. *Wullstein und Wilms, Lehrbuch der Chirurgie. 3. Aufl. Jena, Gustav Fischer.

Von deutschen Lehrbüchern sei an erster Stelle das in fünfter Auflage vorliegende Buch von Küstner (19) genannt, bei dem die sorgfältige Bearbeitung jeder Neuauflage besonders hervorgehoben zu werden verdient. Die Vorzüge des Werkes sind bereits früher genügend betont. Eingehende Berücksichtigung fanden die Verhandlungsergebnisse des Münchner Gynäkologenkongresses über die Genitaltuberkulose und die Forschungsergebnisse über die Struktur des Beckenbodens. Das Werk kann als Musterbeispiel dafür gelten, dass die Einheitlichkeit der Darstellung durch die Zusammenarbeit mehrerer Autoren keine Einbusse zu erleiden braucht. Die Illustrationen haben eine weitere Vermehrung und Vervollkommnung erfahren.

Das Buch von Abel (1), das in Form von Vorlesungen sich im wesentlichen an die praktischen Ärzte wendet, gibt sowohl bezüglich der Anordnung des Stoffes wie der Darstellung zu mancherlei Ausstellungen Veranlassung. Man hat bei der Lektüre häufig den Eindruck, dass zu viel oder zu wenig gesagt wird, und dass durch die allzu breite Darstellung praktisch weniger bedeutsamer Dinge wie durch die allzu knappe und zu wenig plastische Behandlung des gynäkologischen A-B-C den Bedürfnissen des Praktikers nicht voll entsprochen wird. Vielleicht könnten entsprechende redaktionelle Änderungen für die nächste Auflage nützlich sein.

Dührssens Vademekum (10) ist trotz der stellenweise etwas allzu subjektiven Färbung ein gutes und sehr gehaltvolles Büchlein, das seine Beliebtheit verdient.

Die operative Gynäkologie von Doederlein und Kroenig (9) zeigt in der dritten Auflage eine so intensive Durcharbeit und auch eine so erhebliche Vermehrung des Inhalts, dass sie fast wie ein neues Werk wirkt. Die Verff. haben sich besonders zu einem Schritt entschlossen, der prinzipielle Bedeutung beansprucht. Sie haben die Entwickelung der Gynäkologie zur Abdominalchirurgie des Weibes, die Fritsch in der Vorrede zur letzten Auflage seines Lehrbuches proklamiert hatte, dadurch zum Ausdruck gebracht, dass sie die wesentlichsten Eingriffe am Magen, am Darm und an der Leber in ihre Darstellung miteinbezogen haben. Es ist sehr erfreulich, dass unsere Anschauungen bezüglich der Grenzgebietfrage in unserem besten und führenden Werk über die operative Gynäkologie klar und deutlich vertreten werden, und dass die Konsequenz unserer Überzeugung gezogen wird. Für die ja bald zu erwartende Neuauflage wäre nur zu wünschen, wenn die stellenweise hervortretende Einseitigkeit betreffs der Berücksichtigung der Literatur gemildert werden könnte. Sie ist mir bei dem mich besonders interessierenden Kapitel über urologische Operationen am meisten aufgefallen.

Der gynäkologische Operationskurs an der Leiche von Liepmann (21) hat

sehr schnell seine zweite Auflage erlebt und bringt daher nur wenige Veränderungen im Text, wohl aber eine weitere Ergänzung und Verbesserung der Illustrationen. Der ausserordentlich fleissige Verf. hat zur Ergänzung dieses Werkes noch einen sehr gut ausgestatteten Atlas der Operationsanatomie und Operationspathologie (22) erscheinen lassen, der als ausgezeichnetes Bildwerk zweifellos grosse Anerkennung verdient.

E. Martin (23) hat den zweiten Teil seines Atlas, der den Prolaps behandelt, erscheinen lassen. Die Bearbeitung ist ebenso sorgfältig, die Illustrationen sind ebenso schön und instruktiv wie im ersten Teil. Der Verf. zieht hier gleichsam die gynäkologischen Konsequenzen aus seinen anatomischen Forschungen, wobei eine gewisse Neigung zum Kompromiss mit der Halbanschen Auffassung erkennbar wird. Das zweibändige Tafelwerk stellt jedenfalls eine sehr gediegene und sehr wertvolle Arbeit dar.

Kermauner und Schottländer (28) haben eine Riesenarbeit vollbracht, in memoriam und im Sinne ihres verstorbenen Lehrers und Chefs v. Rosthorn. Er liebte es, grosszügig und gründlich grosse Themata auf ganz breiter Basis in Angriff zu nehmen und hat gerade der anatomischen Karzinomforschung, noch in Heidelberg, viel Zeit geopfert. Nach seinem Tode ist das von ihm begonnene Werk, das sowohl klinisch wie anatomisch von höchster Bedeutung ist, in seinem Sinne durchgeführt worden. Hätte er sein Erscheinen erlebt, es wäre ihm eine Herzensfreude gewesen. 135 Uteruskarzinome sind mit einer Gründlichkeit durchforscht und beschrieben, wie sie bisher trotz der enormen Arbeit, die gerade auf das Karzinom sich konzentrierte, völlig unbekannt war. Eine bessere Grundlage für unsere Weiterarbeit konnten wir uns gar nicht wünschen. Der klinische Teil tritt an Umfang gegen den anatomischen wohl zurück, enthält dabei aber bezüglich der 256 abdominalen Radikaloperationen eine solche Fülle exaktester und gewissenhaftester Arbeit und trägt so offensichtlich den Stempel absolutester Zuverlässigkeit, dass er der vor zwei Jahren erschienenen Wertheimschen Monographie durchaus ebenbürtig an die Seite gestellt werden kann.

Der Atlas von Moraller, Höhl und R. Meyer (25) liegt jetzt vollendet vor — ein gediegenes, gründliches und wertvolles Werk, das durch Robert Meyers ausgezeichnete Darstellung der fötalen Organreste einen besonders wirkungsvollen Abschluss erhalten hat.

Bromans Entwickelungsgeschichte (6) ist, gerade weil sie sich lediglich auf den Menschen bezieht, den Fachgenossen sehr zu empfehlen Gehaltvoll und dabei knapp geschrieben, vortrefflich illustriert, kann sie ein ideales Lehr- und Orientierungsbuch genannt werden.

Bei der grossen Bedeutung, den die Grenzgebietsfragen je länger um so mehr für uns gewinnen, seien noch einige besonders bedeutsame Werke kurz erwähnt. Die Wichtigkeit der Abdominalchirurgie macht die ausgezeichneten chirurgischen Hand- und Lehrbücher von Bier, Braun und Kümmell (4), von Wullstein und Wilms (35) und von Schmieden, dessen Operationskurs rasch die sehr verdiente Anerkennung fand und in zweiter Auflage erschien (27), auch für uns äusserst wertvoll.

Ein gross angelegtes und in dem vorliegenden ersten Band als vorzüglich zu bezeichnendes Werk sind die von v. Frankl-Hochwart, v. Noorden und v. Strümpell herausgegebenen „Erkrankungen des weiblichen Genitales in Beziehung zur inneren Medizin" (12). Dieser Band ist v. Rosthorn zugeeignet, ein neuer Beweis für die Verehrung, die der Verstorbene genoss und für die intensive Anregung zur wissenschaftlichen Arbeit, die er seinen Schülern zu geben verstand. Sie führten den Plan, den sie oft mit ihrem Lehrer besprochen hatten, nach seinem Tode aus. Jaschke hat die Beziehungen zum Herz-Gefässapparat, Kermauner zum Harn- und Respirationsapparat, Knapp zu den Knochen- und Gelenkerkrankungen, A. Payer die Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe, Novak die innere Sekretion und Konstitutionsanomalien, Blau die Be-

ziehungen zur Leber und G. A. Wagner den Digestionstrakt bearbeitet. Selbstverständlich muss die Detailbesprechung der einzelnen Kapitel, deren jedes eine abgeschlossene und gehaltvolle Monographie bildet, den entsprechenden Referenten dieses Jahresberichts überlassen bleiben. Ich möchte nur dem Gesamteindruck gerecht werden, indem ich bekenne, dass kaum jemals eindrucksvoller und besser gezeigt worden ist, was es heisst „ein Kliniker hat Schule gemacht.“ Eine Reihe von hervorragend tüchtigen und fleissigen Forschern heranziehen, die nach dem System des Lehrers wissenschaftlich weiterarbeiten, das ist eben wirklich „Schule machen“. Man muss das heutzutage ganz besonders betonen, damit die Begriffe „Schule“ und „Clique“ nicht durcheinander geraten.

Das in 4. Auflage erschienene Handbuch von Pentzoldt und Stintzing enthält eine sehr gute Abhandlung der funktionellen Genitalstörungen aus der Feder von Baisch (2), die therapeutische Technik von Schwalbe (29), in 2. Auflage, die nur wenig veränderte Abhandlung von Fritsch über die kleingynäkologische Technik — seine letzte wissenschaftliche Arbeit.

Die Eroberung der Psychiatrie und Neurologie für die Gynäkologen ist scheinbar das Programm von Bossi (5). Seine Monographie ist leider mit so wenig Geschmak geschrieben und so völlig frei von jeder wissenschaftlichen Gründlichkeit, dass sie in Deutschland eine allseitige und völlige Ablehnung erfahren musste. Sie steht in sehr starkem Kontrast zu der gediegenen Arbeit von Matthes (24), dessen Untersuchungen als durchaus gründlich und deshalb als recht wertvoll zu bezeichnen sind.

Das am meisten bearbeitete und anscheinend auch eine gute Ernte versprechende Gebiet wird für die nächste Zeit sicherlich die Radiologie werden. Aus dem Berichtsjahr sind die Bücher von Boruttan (7), M. Fränkel (11) und Gauss und Lembcke (14) hervorzuheben, von denen das Letztgenannte das weitaus bedeutendste ist. Man sollte zweierlei bei der Beurteilung von der Bedeutung der Radiologie für die Gynäkologie nicht vergessen. Erstens, dass wir mitten in einer neuen Entwickelung bezüglich unserer therapeutischen Anschauungen stehen, wo noch fast alles fliesst und wenig wirklich feststeht und zweitens, dass diejenigen, die auf neuen, unbetretenen Pfaden wissenschaftliches Neuland suchen, mit energischem Wagemut vordringen müssen und Dank verdienen, wenn sie sich ihre Ziele so weit wie möglich stecken. Wo für ihren Forschungseifer die Grenze liegt, das haben sie allein und nach eigenem Gewissen zu entscheiden. Was von der „Freiburger Methode“ als dauernder Gewinn zu buchen sein wird, das werden erst die nächsten Jahre einwandfrei zeigen. Das eine aber darf schon heute behauptet werden, dass die Arbeiten der Freiburger Klinik eine mächtige Anregung und ein flottes Tempo in die radiologische Forschung brachten. Selbst wenn eine spätere retrospektive Kritik einiges oder auch vieles von den Hoffnungen, die jetzt erweckt sind, zerstören sollte, so wird nicht nur die Gynäkologie, sondern auch die Radiologie der Kroenigschen Klinik viel zu verdanken haben.

II.

Elektrizität, Massage, Diagnostik, Zusammenhang mit der übrigen Pathologie, Allgemeines über Laparotomie und sonstiges Allgemeines.

Referent: Dr. Ernst Runge.

A. Elektrizität, Röntgotherapie, Lichttherapie, Hydrotherapie, Massage, Biersche Stauungsbehandlung, Gymnastik, Heissluftbehandlung, Belastungstherapie, Bäderbehandlung[1]).

1. Albers-Schönberg, Demonstration eines röntgenologischen Spezialinstrumentariums für den Gynäkologen. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. 11. Mai. Hamburg.
2. — Zur Technik der gynäkologischen Röntgenbestrahlung. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 6.
4. Aron, E., Liegekuren für unbemittelte Rekonvaleszenten und chronisch Kranke. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 42. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2356.
5. Bacher, R., Gynäkologische Bestrahlungsbinde. Zentralbl. f. Gyn. p. 395.
6. Balsamoff, La radiothérapie contre la péritonite tuberculeuse. VII. intern. Tuberkulose-Kongress in Rom. 14.—20. April.
7. Basselmann, Vergleichsversuche mit Röntgeninstrumentarien. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37.
8. Bitter, Über rationellen Röhrenbetrieb in der Röntgentherapie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 3.
9. Böhm, M., Leitfaden der Massage. Stuttgart, F. Enke. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47.
10. Brodsky, Zur Behandlung chronischer gynäkologischer Tumoren mittelst Thermopenetration. Wratsch. Gaz. Nr. 11. Sitzungsber. der Phys.-therapeut. Ges. zu Moskau. (Günstige Resultate an 30 Kranken mit dem Apparat Fön.) (H. Jentter.)
11. Bruhin, O., Moderne Massage auf anatomisch-physiologischer Basis mit Berücksichtigung der schwedischen Heilgymnastik und der Selbstmassage. A. Hambrecht, Verlag Leipzig, H. W. Köhler. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47.
12. Busselberg, Ella, Beitrag zur Belastungstherapie in der Gynäkologie. Inaug.-Diss. Berlin. Juni.
13. Chassevant, A., Ursprung und Diagnose der Mineralwässer. Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale. 15 Avril 1911. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 837.
14. Chéron, Dominici et Bicquard, De la photothérapie vaginale et intra-utérine des métrites du col, par l'action intensive des rayons lumineux de longueur d'onde de 350 à 800. Soc. obstétr. de France. XV Congrès Paris. 10—12 Oct. Ref. La Presse méd. p. 992.
15. *— Spätresultate der Radiumtherapie der Entzündungen der Adnexe und ihrer Umgebung. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. 1911. Déc.
16. Christen, Der Begriff der Röntgendosis. 29. Deutscher Kongress f. inn. Med. vom 16.—19. April zu Wiesbaden. Sitzg. vom 17. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1066.

---

1) Siehe auch den Abschnitt Röntgenbehandlung der Myome und Karzinome; in ihnen sind die Arbeiten berichtet, die sich ausschliesslich mit der Myom- resp. Karzinombehandlung befassen.

17. Christen, Über die physikalischen und physiologischen Grundlagen der Tiefentherapie. Strahlentherapie. Bd. 1. Heft 1 u. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1131.

18. Cohn, M., Kritische Bemerkungen zur Therapie von Frauenleiden mit Röntgenstrahlen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 49.

19. Cournelles, Foveau de, Radiotherapy of Fibromata and Glandular Atrophy Produced by the X-rays. Gaz. de gyn. Nov. 15. 1911.

20. Czerny und Caan, Über die Behandlung bösartiger Geschwülste mit Mesothorium und Thorium-X. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 14.

21. Czyborra, Ein neuer Heissluftapparat für gynäkologische Zwecke. Nordostdeutsche Ges. f. Geb. u. Gyn. 29. Juni. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 372.

22. — Einiges über die Methodik gynäkologisch-therapeutischer Bestrahlungen. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Königsberg. 25. Nov. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Vereinsbeilage. p. 389.

23. Dessauer, F., Neue Arbeiten auf dem Gebiete der Tiefenbestrahlung (Tumorenbestrahlung) mit Röntgenstrahlen. Ärztlicher Verein in Frankfurt a. M. 1621, ausserordentliche Sitzg. vom 10. Juni. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1684.

24. Dessauer und Wiesner, Leitfaden des Röntgenverfahrens. 4. umgearbeitete und vermehrte Aufl. Leipzig, N. Nemnich 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 365.

25. Determann, Sammelreferat über Arbeiten aus dem Gebiete der Hydro-, Balneo-, Klimato-, Aerotherapie. Münchn. med. Wochenschr. p. 824.

26. Dorn, Zur Tiefenbestrahlung mit Röntgenstrahlen. Münchn. med. Wochenschr. 1909. Nr. 14.

27. Eckstein, Emil, Die Radiothermalbäder in der Gynäkotherapie. Gyn. Rundschau. Jahrg. V. Nr. 24. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 209.

28. Essen-Möller, Elis, Einige Erfahrungen über Radiumbehandlung bei myomatösen und klimakterischen Blutungen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Festnummer.

29. — Beobachtungen betreffend die Behandlung mit Radium von klimakterischen und myomatösen Blutungen. Allm. svenska läkartidningen. Nr. 44. (Verf. sah gute klinische Resultate. Die Blutungen hörten auf, auch in den Fällen, in welchen eine Abnahme des Tumors objektiv nicht beobachtet wurde und auch in Fällen mit klimakterischen Blutungen, die vorher einer anderen Behandlung getrotzt hatten. Der Verf. glaubt, obgleich er keinen Nachteil sah, dass eine gewisse Vorsicht bei Verwendung von Radium notwendig ist und dass die Dosierung und Applikation dieses Mittels von einem geschulten Radiologen überwacht wird.) (Silas Lindquist.)

30. Eymer, H., und C. Menge, Röntgentherapie in der Gynäkologie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 3.

31. Falk, Zur Röntgenbehandlung der Myome. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 18.

32. — Experimenteller Beitrag zur Röntgenbehandlung der Peritonealtuberkulose. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 46. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2583. 84. Versamml. deutscher Naturf. u. Ärzte in Münster i. W.

33. Forssell, G., Radiumbehandlung von bösartigen Tumoren der weiblichen Genitalorgane. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. Nr. 4. (40 Fälle, von denen 31 mehr eingehender behandelt wurden. In etwas mehr als 50 % fand eine sowohl objektive als subjektive Verbesserung statt; in etwas mehr als 10 % sind die Geschwülste makroskopisch verschwunden. Wenn auch sicherlich die Resultate nur als temporär zu bezeichnen sind, hat doch die Radiumbehandlung einen solchen Wert als Palliativum, dass sie eine vollberechtigte Therapie ist, bis ein besseres Mittel erfunden ist. Die Prognose ist viel besser, je mehr begrenzt und je mehr zugänglich die Geschwülste sind. Der Allgemeinzustand spielt eine wichtige Rolle. Die Sarkome scheinen zugänglicher für Behandlung zu sein. Die Geschwülste, die nicht zwei bis drei Monate nach zwei bis drei Behandlungen eine deutliche und beträchtliche Regression zeigen, lohnt es sich nicht der Mühe, zu behandeln. Die Behandlung wurde mit 5—11 cg Radiumsalz in Silber- oder Platinatuben und Bleifiltern ausgeführt, 18—24 Stunden, jede dritte bis sechste Woche.) (Silas Lindquist.)

34. Fiessler, A., Zur Frage der Röntgenbehandlung in der Gynäkologie. Zentralbl. f. Gyn. p. 467.

35. Fiuzi, N. S., Die Radiumbehandlung des Krebses. Erfahrungen über 100 Fälle. Lancet. May 20. 1911. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 42.

36. Fiuzi, Die Geschwulstformen, die durch Radium günstig beeinflusst werden. Sektion f. Elektrotherapie. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2536.
37. Flatau, Elektrisches Thermophor. Ärztl. Verein in Nürnberg. Sitzg. vom 9. Okt. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Vereinsbeilage. p. 295.
38. Fränkel, M., Die Röntgenstrahlen in der Gynäkologie. Leipzig, Konegen.
39. — Einiges aus der Praxis der Röntgenbehandlung. Therapie d. Gegenw. 1911. Dez. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1130.
40. — Röntgenbehandlung in der Gynäkologie. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 34. p. 1610.
41. — Röntgentechnik bei der gynäkologischen Behandlung. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 8. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1691.
42. — Röntgenbehandlung in der Gynäkologie. Hufelandische Ges. Sitzg. vom 9. Mai.
43. Friedländer, W., Über Versuche direkter Tiefenbestrahlung in der Gynäkologie mittelst radio-aktiver Substanzen (Mesothorium). Deutsche med. Wochenschr. Nr. 31. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1826.
44. Füth, H., Über die therapeutische Verwendung der Röntgenstrahlen in der Gynäkologie. Allgem. ärztl. Verein zu Köln. Sitzg. vom 17. Juni. Ref. Münchn. med. Wochenschrift. p. 1980.
45. Gauss, C. J., Weitere Fortschritte auf dem Gebiete der gynäkologischen Radiotherapie. Strahlentherapie. p. 132. Ref. Therapeutische Monatshefte. Nr. 9. p. 689.
46. — Experimentelle Untersuchungen und klinische Erfahrungen über beschleunigte Tiefenwirkung in der gynäkologischen Radiotherapie. Freiburger med. Ges. Sitzg. vom 19. Dez. 1911.
47. Gauss, C. C. und Lembcke, H., Röntgentiefentherapie, ihre theoretischen Grundlagen und ihre klinischen Erfolge. Urban u. Schwarzenberg.
48. Gocht, H., Die Röntgenliteratur. II. Teil. Sachregister. Stuttgart, F. Enke.
49. Gottschalk, Die Einwirkung der Seeklimate und Seebäder auf die Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane. Zeitschr. f. Balneologie, Klimatologie u. Kurorthygiene. 4. p. 532.
50. Graessner, Die Technik der Röntgenbestrahlung bei gynäkologischen Leiden. Allg. ärztl. Verein zu Köln. Sitzg. vom 17. Juni. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1981.
51. v. Haberer, H., Ein Fall von Röntgenkarzinom. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 21. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1292.
52. Haenisch, Operationskastration oder Röntgenkastration. Münchn. med. Wochenschrift Nr. 6.
53. v. Herff, Operationskastration oder Röntgenkastration. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 1.
54. Hergenhahn, Vergleichsversuche mit Röntgeninstrumentarien. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 34.
55. Heynemann, Zur Methodik der Röntgenbestrahlung in der Gynäkologie. Strahlentherapie I. p. 362.
56. Hirsch, Georg, Eine hysterische „Röntgenverbrennung". Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 3.
57. — H. G., Beiträge zur Ausgestaltung der gynäkologischen Radiotherapie. Inaug.-Diss. Freiburg i. B. März.
58. Hirschberg, O., Über Operationen mit elektrischem Lichtbogen und Elektrokaustik bei malignen Geschwülsten. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 75. Heft 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 630.
59. Hoehne, O., und G. Linzenmeier, Untersuchungen über die Lage der Ovarien an der Lebenden mit Rücksicht auf die Röntgenbestrahlung. Zentralbl. f. Gyn. p. 457.
60. Hoffa-Joachimsthal, Technik der Massage. 6. Aufl. Stuttgart, F. Enke. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47.
61. Humphries, F. L., Die elektrische Behandlung der Fettleibigkeit. Sektion f. Elektrotherapie. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2537.
62. Janus, Über die Technik der Röntgenbestrahlung tiefliegender Gewebe. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 11. p. 583.
63. — Besonders grosse Tiefenleistungen eines Röntgenapparates für Tiefenbestrahlung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 42. p. 2286.
64. Jerusalem, M., Zur Sonnenlichtbehandlung der chirurgischen Tuberkulose. Zeitschrift f. physik.-diätet. Therapie. Bd. 15. 1911. Heft 6—8.

65. Immelmann, Der derzeitige Stand der Röntgentherapie in der Gynäkologie. Med. Klin. Nr. 6. p. 233.
66. — a) Über die Technik bei gynäkologischer Röntgenbestrahlung. b) Anwendung der Röntgenstrahlen in der Gynäkologie. VI. internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. in Berlin.
67. Iselin, H., Schädigungen der Haut durch Röntgenlicht nach Tiefenbestrahlung (Aluminium). Kumulierende Wirkung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 49—50.
68. Jung, Ph., Zur Röntgenstrahlentherapie der Uterusmyome und hämorrhagischen Metropathien. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Festnummer.
69. Karwowski, A., Die Röntgentherapie in der Gynäkologie. Nowiny Lekarskie. Nr. 4 u. 5. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
70. Kirschberg, F., Heissluft- und Lichtbehandlung und Massage. Zeitschr. f. physik.-diätet. Therap. Bd. 15. 1911. Nr. 2—5.
71. Kuhn, Über Luftdruckdauermassage und künstliche Zirkulation gegen Thrombenbildung. 41. Chirurgen-Kongress. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 634.
72. Laquerrière, M., Application de l'electrolyse des sels de radium à la gynécologie. Académie des sciences. Séance de 1 Avril.
73. Levy-Dorn, Max, Dauererfolge bei der Röntgentherapie von Sarkomen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 1.
74. Martin, F. H., Gymnastik und andere mechanische Heilmittel bei der Behandlung der Eingeweidesenkung und ihrer Komplikationen. Surg., gyn. and obst. Vol. 15. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47.
75. Meidner, S., Stand und Ansichten der Röntgentherapie bösartiger Geschwülste. Therap. d. Gegenw. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 527.
76. — Die Behandlung bösartiger Geschwülste mit radioaktiven Substanzen. Therapie d. Gegenw. 1912. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 525.
77. Meyer, R., Beitrag zur Kenntnis der Röntgenstrahlenwirkung auf die anatomische Struktur des menschlichen Uterus und der Ovarien. Zentralbl. f. Gyn. p. 529.
78. Meyer, H., Die Grundlagen der Methodik der Röntgentherapie in der Gynäkologie. Strahlentherapie I. p. 381.
79. — Röntgentherapie in der Gynäkologie. Med. Ges. in Kiel. 18. Juli. (Eine einwandsfreie Methodik erfordert in erster Linie eine exakte Dosierung der Strahlen, welche durch die für die Tiefentherapie modifizierte Form der von dem Vortragenden ausgearbeiteten Dosimetrie gewährleistet wird. Nicht minder wichtig ist die Wahl einer geeigneten Strahlenqualität. Die von dem Vortragenden angestellten physiologischen und biologischen Experimente geben den Beweis, dass zur optimalen Strahlenabsorption für gynäkologische Tiefentherapie eine Strahlung erforderlich ist, wie sie zurzeit nur durch Filtration mit einem 4 mm dicken Aluminiumfilter gewonnen werden kann. Die als beste erkannte Strahlenqualität ist also dieselbe, welche auch in der Freiburger Frauenklinik zur Anwendung kommt, und es ist nicht zu bezweifeln, dass die dort erzielten hervorragenden Resultate zum Teil wohl auf der Wahl dieser Strahlenqualität beruhen. Ein weiterer sehr wesentlicher Teil der Technik ist die Bestrahlung des Organs von mehreren Seiten, die Kreuzfeuermethode, die ja schon lange ein hervorragendes Mittel der Tiefentherapie ist. Vortragender hat auch hier eine besondere Methodik ausgearbeitet.)
80. Meyer, Hans, und Hans Ritter, Zur Methodik der qualitativen Strahlenmessung in der Röntgentherapie. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 2. Ref. Münchn. med. Wochenschrift. p. 212.
81. Moullin, M. C., Die Behandlung bösartiger Tumoren mit Radium. Lancet. May 20. 1911. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 42.
82. Müller, Therapeutische Erfahrungen an 100 mit Kombination von Röntgenstrahlen und Hochfrequenz resp. Diathermie behandelten bösartigen Neubildungen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28.
83. *Nemenow, Zur Behandlung der Fibromyome und der Gebärmutterblutungen mittelst Röntgenstrahlen. Russki Wratsch. Nr. 16. (H. Jentter.)
84. Oelsnitz, Les indications de l'héliothérapie dans le traitement de la péritonite tuberculeuse. Soc. de péd. 12 Nov. Ref. La Presse méd. p. 987.
85. Perlsee, Uterusmassage. Prager med. Wochenschr. Nr. 27.
86. Platzer, S., Die Behandlung der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane mit

Moorbädern. Budapesti Orvosi Ujság, Föndö-es Vizgyógyászat. 1911. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47.
87. Pöhn, E., Die Röntgenstrahlen in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Inaug.-Diss. Göttingen. März—Mai.
88. Prochownick, L., Zur Pelvithermie. Zentralbl. f. Gyn. p. 639.
89. Proskurjakowa, M. D., Die klinische Bedeutung der Moorkompressen in der gynäkologischen Praxis. IV. Kongr. russ. Gyn. u. Geb. in St. Petersburg vom 16.—18. Dez. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 405.
90. Ravogli, F., The injurious effects of the X-rays as a therapeutic Agent. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 8. Aug.
91. Redlich, Kurze Übersicht des gegenwärtigen Standes der gynäkologischen Röntgentherapie. Russki Wratsch. Nr. 11.
92. Reicher und Lenz, Weitere Mitteilungen zur Verwendung der Adrenalinanämie als Hautschutz in der Röntgen- und Radiumtherapie. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 1. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 156.
93. Ritter, H., Klinische Beobachtungen über die Beeinflussung der Ovarien durch Röntgenstrahlen. Strahlentherapie. Bd. 1. Heft 1 u. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1131.
94. Rominger, E., Klinische Untersuchungen über das Röntgenerythem. Inaug.-Diss. Freiburg 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43.
95. Rosenfeld, F., Die Röntgentherapie in der Gynäkologie. Med. Korrespondenzbl. d. Württemberg. ärztl. Landesvereins. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1128.
96. — Die Röntgentherapie in der Gynäkologie. Deutsche Ärzteztg. Nr. 8. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1131.
97. Rubinrot, Über Röntgentherapie in der Gynäkologie. Gyn. Sitzg. der Warschauer ärztl. Gesellschaft. 29. März. Medyc. i Kronika Lekarska. Nr. 23. Przegl. chir. i. gin Bd. 7. Heft 3. p. 372. Mit Diskussion. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
98. Rouffart, Myomectomie, Procédé permettant d'évitor les troubles de la ménopause opératoire. Soc. belge de gyn. et d'obst. 15 Juin. Ref. La Presse méd. p. 669.
99. Runge, E., Über die Verwendung der Röntgenstrahlen in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Med. Klinik. 12. Beiheft.
100. — Die Behandlung gynäkologischer Hauterkrankungen mittelst Röntgenstrahlen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 29.
101. — Die Röntgentherapie in der Gynäkologie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Festnummer.
102. — Röntgentechnik bei der gynäkologischen Behandlung. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 8. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1691.
103. — Die Behandlung klimakterischer Blutungen mittelst Röntgenstrahlen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 26.
104. — Zur quantitativen Messung der Röntgenstrahlen bei therapeutischer Verwendung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 7. p. 369.
105. — Technik der Röntgenbestrahlung auf gynäkologischem Gebiete. Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 31. p. 1475.
106. Saretzky, Die Röntgentherapie in der Gynäkologie. IV. Kongr. russ. Gyn. zu St. Petersburg. 29.—31. Dez.
107. Schaabner, Al., Badeorte und klimatische Stationen im Bezirke Bakau. Bukarest. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1397.
108. Schmidt, Erfolge und Technik der Röntgenbehandlung in der Gynäkologie. p. 1270. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 27.
109. Schmidt, H. E., Der gegenwärtige Stand und die nächsten Ziele der Röntgentherapie bei Erkrankungen innerer Organe. Therap. d. Gegenw. 1911. Heft 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 527.
110. Schulhof, Blutungen und mässig warme Thermalkuren. 33. Balneolog.-Kongr. Berlin. 7.—11. März.
111. Seefeld, M., Die klinischen Erfolge der mehrstelligen Filternahbestrahlung in der Gynäkologie. Inaug.-Diss. Freiburg.
112. Seitz, Th., Weitere Erfolge der gynäkologischen Radiotherapie. Inaug.-Diss. Freiburg i. Br. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2837.
113. Sellheim, H., Beschränkung der bimanuellen Massage an den weiblichen Genitalien

durch Magnetmassage. Klin.-therap. Wochenschr. Jahrg. II. Nr. 46. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47.
114. v. Seuffert, Das grosse Röntgenlaboratorium der Klinik. Gyn. Ges. in München. Sitzg. vom 23. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1522.
115. Shaw, E. H., Die Wirkung des Radium und der Röntgenstrahlen bei malignen Neubildungen. Sektion f. Elektrotherapie. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2536.
116. Sieber, H., Zur Heissluftbehandlung in der Gynäkologie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47.
117. Siegel, P. W., Dauererfolge in der gynäkologischen Radiotherapie. Strahlentherapie. Bd. 1. Heft 4.
118. Sippel, P., Beitrag zur Röntgenbehandlung in der Gynäkologie. Berl. klin. Wochenschrift. p. 2122.
119. Sloan, S., Die elektrochemische Behandlung gewisser gynäkologischer Affektionen. Lancet. Dec. 23. 1911. (Abgesehen von akuten Entzündungen und Eiterungen, sowie zystischen Veränderungen eignen sich für die Ionentherapie fast alle in die Domäne des praktischen Arztes fallenden gynäkologischen Erkrankungen. Bei subakuten Prozessen der Tuben, Ovarien und Parametrien verwendet Verf. Jodionen, bei Zervikalkatarrhen und Endometritiden Zink- oder Kupferionen mit gutem Erfolge. Technische Angaben siehe im Original.)
120. Stein, A. E., Über Vibrationsmassage. Zeitschr. f. physikalisch-diätetische Therapie. Bd. 16. Heft 4.
121. Sticker, A., Anwendung des Radiums und des Mesothoriums bei Geschwülsten. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 49. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2750.
122. Steuermark, Grundsätze, Anzeigen und eigene Erfahrungen mit gynäkologischer Röntgentherapie. p. 341—354. Verhandl. d. Gyn. Sektion der poln. Naturf.-Versamml. Krakau. Juli 1911. Herausgegeben Krakau. Przeglad Lek. Nr. 12. p. 213. (v. Neugebauer.)
123. Torggler, Wärmebehandlung bei Frauenkrankheiten. Verein der Ärzte Kärntens. Sitzg. vom 6. Mai.
124. Weber, Die Röntgentherapie in der Gynäkologie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 14.
125. — Über Röntgenbehandlung bei gynäkologischen Erkrankungen. Ärztl. Verein München. Sitzg. vom 28. Febr.
126. — Zur Behandlung gynäkologischer Erkrankungen mit Röntgenstrahlen. Bayr. Ges. f. Geb. u. Frauenkrankh. 28. Jan. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 769.
127. — Orthopädie und Röntgenstrahlen, ausgewählte Kapitel. Ärztl. Verein München. Sitzg. vom 10. Jan.
128. Wermel, Behandlung maligner Tumoren mit Röntgenstrahlen. Chirurgia. Jan. (Tiefliegende Karzinome und Sarkome wurden nicht geheilt. Nur bei Hautkrebsen trat Heilung ein.) (H. Jentter.)
129. Wertheimer, J., Über Fernwirkung lokalisierter Röntgenbestrahlung. Inaug.-Diss. Freiburg. Juni.
130. Wetterer, J., Röntgentherapie in der Gynäkologie. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 49. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2833.
131. Wolfsohn, G., Über Vakzinationstherapie. Berl. klin. Wochenschr. 1911. Nr. 33.
132. Wurm, Ein neues Präparat zum Schutz der gesunden Haut bei Röntgenbestrahlung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 10.
133. Zaretzky, Die Röntgentherapie in der Gynäkologie und Geburtshilfe. St. Petersburg. (Ausserordentlich fleissiges und eingehendes Lehrbuch der geburtshilflich-gynäkologischen Röntgendiagnostik und Röntgentherapie.) (H. Jentter.)
134. — Kurze Übersicht des gegenwärtigen Standes der gynäkologischen Röntgentherapie. Russki Wratsch. Nr. 11. (Submuköse Myome sind eine Kontraindikation für die Röntgentherapie, denn letztere kann lebensgefährliche Blutungen hervorrufen. Nur wenn Patientin jegliche Operation ablehnt, kann die Bestrahlung vorsichtig versucht werden, und dann nur bei stationärer Behandlung, nicht ambulatorisch. In einem Falle des Verf. trat nach der zweiten Bestrahlung (Gesamtdosis 1¼ X nach Kienböck) eine abundante Blutung ein, welche nur nach Totalexstirpation der Gebärmutter stand. Die Untersuchung des Präparates ergab neben mehreren subserösen zwei submuköse Myome, welche vorher nicht diagnostiziert waren. Bei grossen subserösen gestielten Myomen ist die Bestrahlung zu unterlassen, nicht weil sie kontra-

indiziert, sondern weil sie völlig nutzlos ist. Ob starke Blutarmut die Bestrahlungsmethode ausschliesst, ist fraglich. Dagegen ist Schwangerschaft eine absolute Kontraindikation gegen Röntgenstrahlen, ebenso wie Inkarzerationserscheinungen (operative Behandlung). Als Nebenerscheinungen erwähnt Verf. temporäre, blutig-schleimige Ausscheidungen, Pigmentierung der Haut an den exponierten Stellen. Die Röntgenbehandlung beeinträchtigt weder den Allgemeinzustand der Patientin, noch den HC-Gehalt des Blutes. Nur nach Beginn der Menopause traten in wenigen Fällen Ausfallserscheinungen auf, aber auch hier ergab die Untersuchung des Blutes normalen Befund. Die Röntgentherapie ist indiziert: 1. bei Krankheiten, bei welchen ihre therapeutische Wirkung sicher konstatiert ist: 1. banale klimakterische Blutungen (spezifische Wirkung), 2. hämorrhagische Metropathien (je älter Patientin, desto schneller der Effekt; es wird geraten, zuerst zu curettieren; jegliche maligne Prozesse müssen dabei ausgeschlossen sein). 3. Fibromyome mit und ohne Blutung (bei Verweigerung der Operation, in leichten Fällen, nahe dem klimakterischen Alter, bei Kontraindikation gegen die Operation seitens des Herzens und der Nieren). Bestrahlt werden müssen sowohl Tumor wie Ovarien. II. Bei Krankheiten, bei welchen die Bestrahlung vorgeschlagen werden kann. 1. Chronische Oophoritis und sexuelle Hystero-Neurasthenie. 2. Dysmenorrhoe (schwache Bestrahlung, kleine Dosen). 3. Osteomalacie (starke Röntgenisation der Ovarien). 4. Sterilisation auf klinische Indikation hin (je jünger die Patientin, desto schwerer). 5. Prophylaxe der Rezidive nach Krebsoperationen, palliativ bei inoperablen Krebsen (blut- und schmerzstillende Wirkung). 6. Pruritus vulvae (auf nervöser Basis). 7. Tuberkulöse Affektionen der Vulva und des parietalen Bauchfells (inoperable Fälle, Verweigerung der Operation.)) (H. Jentter.)

Nach Chéron (15) ist die Wirkung der Radiumtherapie eine schnelle; Resultate kann man schon nach 1—6 Wochen erwarten. Natürlich muss man zwischen einer günstigen Beeinflussung und definitiver Heilung unterscheiden. Mit diesem Verfahren kann man die Exstirpation der Adnexe bei jungen Frauen zumeist umgehen. Seine Prognose ist besonders deshalb gut, weil sie ohne jede Gefahr die Adnexentzündungen zur Ausheilung bringt und die ovarielle Funktion erhält. Gegenüber den bisherigen konservativen Behandlungsmethoden stellt die Radiumtherapie einen bedeutenden Fortschritt dar. Mit der operativen Heilung hat sie den gleichen Vorteil völliger Ausheilung. Beide Methoden sollten sich gegenseitig unterstützen. Stets sollte zuerst ein Versuch mit Radium gemacht werden. Zum mindesten wird man auf diese Weise bei einer später doch notwendig werdenden Operation die Adnexe wenigstens einer Seite erhalten können. Erst wenn dieser Versuch mit Radiumbehandlung fehlgeschlagen hat, sollte man zum Messer greifen. Dann aber ist auch der operative Eingriff streng indiziert.

Nemenow (83) bespricht Technik und Indikationen der Röntgentherapie. Sein Krankenmaterial umfasst 15 Fälle. Von 10 Myomfällen wurden 9 geheilt: die Blutungen sistierten, die Erscheinungen seitens des Herzens schwanden, die Tumoren wurden bedeutend kleiner, bei 3 Kranken wurden sie nicht mehr palpabel, Ausfallerscheinungen fehlten oder waren sehr schwach ausgeprägt. In 1 Falle blieb jede Besserung aus, der Uterus wurde exstirpiert, in ihm wurden submuköse Knoten gefunden. In 2 Fällen von Salpingoophoritis wurden die Blutungen wohl geringer, aber Besserung trat nicht ein. In 1 Falle von starken Blutungen ohne Myom schwanden die Blutungen gänzlich. Seine Erfahrungen fasst Nemenov in folgenden Schlussätzen zusammen: Die Röntgentherapie ist absolut indiziert bei präklimakterischen Blutungen, wenn durch mikroskopische Untersuchung jegliche Malignität ausgeschlossen ist. Myomkranke mit starker Anämie, Myokarditis, Nephritis oder sonst welchen Komplikationen, welche die Operation gefährlich erscheinen lassen, müssen bestrahlt werden. Besondere Vorsicht ist bei diesen Kranken indiziert, falls sie das 40. Lebensjahr noch nicht erreicht haben. Bei Myomkranken, welche dieses Alter bereits erreicht haben, hat die Röntgentherapie die gleiche Berechtigung wie die operative Behandlung. Jüngere Myomkranke müssen sich der Röntgentherapie unterziehen, nur wenn die Blutungen sehr stark sind und wenn sie die Operation kategorisch ablehnen. Submuköse Myome dürfen nicht bestrahlt werden. Bei Dysmenorrhoe und

Menorrhagien junger Frauen ist die Bestrahlung indiziert, wenn die Leiden allen Mitteln trotzen. Salpingoophoritis scheint kein passendes Objekt für die Röntgentherapie zu sein. (H. Jentter.)

B. Diagnose.

1. Albrecht, Die Bestimmung der Blutgerinnung vor gynäkologischen Operationen. Gyn. Ges. in München. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2898.
2. Bauereisen, A., Über bakteriologische Kontrolluntersuchungen vor und bei gynäkologischen Operationen. Zentralbl. f. Gyn. p. 386.
3. Blazsek, Emilia, Bélsarcoma esete. Aus der Sitzung des Siebenbürger Museums-Vereins am 9. Dezember 1911; ref. Orvosi Hetilap, Nr. 4. (Bericht über eine Laparotomie wegen Darmsarkom, welches ein Gebärmuttermyom vorgetäuscht hatte). (Temesváry.)
4. Blumreich, L., Neuerungen für das Studium der gynäkologischen Diagnostik. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 12. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 28.
5. — Der gynäkologische Untersuchungskursus am natürlichen Phantom. Wiesbaden, J. F. Bergmann. (Blumreich berichtet in dieser Monographie zusammenfassend und ausführlich über seine teilweise schon andernorts veröffentlichte, an sich völlig neue Methode der gynäkologischen Untersuchung am Phantom und erläutert sie durch 105 grösstenteils recht gute Abbildungen. Dieses neue Verfahren muss unbedingt als ein wesentlicher Fortschritt auf dem Gebiete der gynäkologischen Lehrmittel bezeichnet werden, da es durch seine vorzügliche Ausbildung zum erstenmal wirklich die Möglichkeit schafft, dem Studierenden und auch dem Kursarzte naturgetreu die Verhältnisse so vorzuführen, wie er sie bei der Untersuchung an der Lebenden findet.)
6. Bruner, M., Serologische und bakteriologische Untersuchungen zur Frage der Lues. Inaug.-Diss. Strassburg i. E. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 220.
7. Bürker, Über Prüfung und Eichung des Sahlischen Hämometers und über Verbesserungen der Methoden der Erythrozytenzählung und Hämoglobinbestimmung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 1.
8. Chilaiditi, D., Zur Palpationstechnik des Abdomens, zugleich ein Beitrag zur Mobilitätsprüfung der Abdominalorgane. Wiener med. Wochenschr. Nr. 11.
9. Dienst, A., Ein einfaches Hilfsmittel zur Differentialdiagnose zwischen Aszites und schlappen Ovarialzysten. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 50.
10. Dreyer, Untersuchungen über Zahl, Art und Virulenz der aus aseptischen Operationswunden bei dem heutigen Desinfektionsverfahren züchtbaren Bakterien. 41. Kongress der deutschen Ges. f. Chir. zu Berlin vom 10.—13. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 949.
11. Ehrmann, Rud., Zur Perkussion der Organe und der Neubildungen des Abdomens. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 30. Ref. Münch. med. Wochenschr. p. 1730.
12. Erben, S., Differentialdiagnose der Schmerzen am Bein. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 17. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1060.
13. Esch, Die Anwendung der intrakutanen Tuberkulinreaktion als Hilfsmittel zum beschleunigten Nachweise von Tuberkelbazillen durch den Tierversuch. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 39. p. 2092.
14. Finkelstein, J., Ein neuer Apparat für sterile Blutentnahme aus der Vene (zur Aussaat und Wassermannschen Reaktion) und für Entnahme von Zerebrospinalflüssigkeit. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 48. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2693.
15. Gelbart, M., Über die von Dunger angegebene neue Zählungsmethode der eosinophilen Zellen und über das Verhalten dieser Zellen bei verschiedenen Krankheiten. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Heft 29. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2474.
16. Groves, E. W., Einige Fälle, welche die Schwierigkeit und Wichtigkeit frühzeitiger Diagnose akuter Darmverlegung demonstrieren. Bristol med.-chir. Journ. März. Zentralbl. f. Gyn. p. 872.
17. Hill, R. A. P., Eine neue Methode der Leukozytenzählung. Lancet. Jan. 6. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1878.
18. Holmgren, Die Blutentnahme bei Gerinnungsuntersuchungen mittelst der Methode von W. Schulz. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 42.

19. Homuth, O., Die Serodiagnose der Staphylokokkenerkrankungen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 80. Heft 2. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2521.
20. Jensen, V., Über eine Modifikation der Gramfärbung, besonders mit Rücksicht auf die Gonokokkendiagnose. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 35. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1782.
21. Kakuschkin, V. M., Aus den Beobachtungen über Probepunktion bei Beckenexsudaten. IV. Kongr. russ. Gyn. u. Geb. in St. Petersburg vom 16.—18. Dez. 1910. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 405.
22. Küster, H., Ist nun die Existenz eines prämonitorischen Temperatursymptoms bei Thrombose und Embolie erwiesen? Zentralbl. f. Gyn. p. 704.
23. Lampé, Eine Fehlerquelle bei Anwendung der Nylanderschen Zuckerprobe. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 2.
24. Lederer, O., Gonokokkenvakzine als diagnostisches Hilfsmittel. Wiener med. Wochenschrift Nr. 40. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2640.
25. Lerda, G., und G. Rossi, Über den Wert der Blutuntersuchungen vor Operationen. Arch. f. klin. Chir. Bd. 96. Heft 4. 1911. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 435.
26. Markus, Zur Differentialdiagnose zwischen Stieldrehung eines Ovarialtumors und Appendizitis. Gyn. Ges. in Breslau. 11. Juni. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 362.
27. Maury, Importance de l'exploration interne de l'utérus. Thèse d'Alger.
28. Méhanos, K., Bilder in Gynäkologie und Geburt, welche eine Syphilis vortäuschen. Budapesti Orvosi Ujság, Szülészet és Nögyógyászát. 1911. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1781.
29. Michin, Diagnostik, klinischer Verlauf und pathologische Anatomie der Riesengeschwülste des weiblichen Genitals. Journ. akusch. i shensk. bol. Dez. (Vier Fälle: 1. Umfang des Leibes 110. Laparotomie. Cystoma ovarii proliferum. Auf der Innenfläche der Zystenwand papilläre Wucherungen, welche das mikroskopische Bild des Sarcoma polymorphum gaben. Heilung. 2. Cystoma ovarii multiloculare pseudomucinosum dextrum. 3. Grösster Umfang des Leibes 130 cm. Fibromyoma uteri subserosum multiplex. Amputatio uteri supravaginalis cum tumoribus et adnexis per laparotomiam. Gewicht des Präparates 10 100 g, Heilung. 4. Leibesumfang 130 cm. Klinische Diagnose: Cystoma ovarii pseudomucinosum. Bei der Laparotomie wurde jedoch klar, dass die Geschwulst der Gebärmutter entstammt. Verwachsungen mit Leber und Darm. Heilung. Gewicht des Präparates 1 Pud 25 Pfund. Der aus zwei Teilen bestehende Tumor erwies sich als mittelst eines Stieles der Gebärmutter aufsitzendes Myxofibrosarkom.) (H. Jentter.)
30. Mininson, Zur Diagnostik der Riesengeschwülste der Bauchhöhle. Ein Fall von Fibromyom des breiten Mutterbandes. Therapeut. Obosren. Nr. 24. (H. Jentter.)
31. Monti, R., Über den diagnostischen Wert der intrakutanen Tuberkulinreaktion. Wiener med. Wochenschr. Nr. 7. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 835.
32. Mulzer, P., Praktische Anleitung zur Syphilisdiagnose. 2. Aufl. Berlin, J. Springer.
33. Pagenstecher, E., Die klinische Diagnose der Bauchgeschwülste. Wiesbaden, Bergmann 1911.
34. Pappenheim, T., Technik der klinischen Blutuntersuchung für Studierende und Ärzte. Jul. Springer. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 175.
35. Pollak, L., und R. Lenk, Über peptolytisches Ferment in Exsudaten und dessen diagnostische Bedeutung. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Sitzg. vom 21. Nov. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2706.
36. Prochownik, J. B., Zur Frage über die Transferenz der Schmerzen bei Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane. IV. Kongress russ. Gyn. u. Geb. in St. Petersburg vom 16.—18. Dez. 1910. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 404.
37. Rübsamen, W., und Charlipp, Praktische Ergebnisse einer klinischen Methode zur quantitativen Bestimmung von Blutverlusten in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Arch. f. Gyn. Bd. 95. Heft 1 u. 2.
38. Saathoff, L., Die Anwendung der klinischen Methode in der Praxis. Untersuchung der Abdominalorgane und der Fäzes. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 48. p. 2628.
39. Schilling, V., Qualitative Leukozytenblutbilder mit Einbeziehung der vereinfachten Arnethschen Methode und ihre plastische Darstellung mit einem Differentialleukozytometer. Zeitschr. f. experim. Path. u. Therap. Bd. 9. Heft 3. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 434.

40. Schlagintweit, Verbesserte Aerometer zum Bestimmen des spezifischen Gewichtes sehr kleiner Urinmengen im Reagenzglase. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 13.
41. Schmitt, A., Zur differentiellen Diagnose zwischen Appendizitis und Stieldrehung von Adnextumoren. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 76. Heft 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 624.
42. Schuh, Max, Über Blut- und Sekretuntersuchungen auf eosinophile Zellen und basophile Leukozyten (Mastzellen) bei Gonorrhoikern. Inaug.-Diss. Erlangen. Nov.-Dez. 1911.
43. Siegfried, F., Über einen neuen Blutdruckmesser in Taschenformat. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Heft 29. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2474.
44. Sippel, Diagnostische Schwierigkeiten in der Gynäkologie. Ärztl. Verein in Frankfurt a. M. Sitzg. vom 18. Nov. Ref. Berl. klin. Wochenschr. p. 2501.
45. Snegireff, Georg, Über periodische Schmerzen bei Frauen. Simpsonsche Schmerzen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 1.
46. Sternberg, A. J., Zur Vakzinodiagnostik der Gonorrhoe des Weibes. Gyn. Rundschau. Jahrg. VI. Heft 19. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2522.
47. Stoeckel, W., Rechtsseitiger Adnextumor oder Ovarialtumor. Geb. Ges. zu Hamburg. 11. Mai. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48.
48. Traugott, M., und O. M. Küster, Über den Wert des Ausstrichpräparates für die Untersuchung der Genitalsekrete. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 6.
49. von de Velde, Th. H., Spezifische Diagnostik der weiblichen Gonorrhoe. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 4.
50. Ziemann, H., Über Gonokokkenvakzine als eventuelles diagnostisches Hilfsmittel. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 40. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2244.

C. Zusammenhang mit der übrigen Pathologie.

1. Antoniewicz, J., Über vikariierende Blutungen. Inaug.-Diss. Leipzig. Juli.
2. Aschner, B., Über die Beziehung zwischen Hypophysis und Genitale. Arch. f. Gyn. Bd. 97. Heft 2. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2636.
3. v. Bardeleben, H., Relationship of the Lungs and Genital Organs of Tuberculosis Women. The Lancet. Nr. 4635. p. 1751 und Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28.
4. Ballard, Nervous phenomena as sequelae of changes in the pelvic viscera. The Amer. Journ. of Obst. March. p. 451.
5. Biach, P., und Hulles, Über die Beziehungen der Zirbeldrüse (Glandula pinealis) zum Genitale. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 10.
6. Beddard, A suggestion for treatment of certain forms of coccygodynia. Brit. med. Journ. April. p. 822.
7. Birnbaum, R., Die Basedowsche Krankheit und das Geschlechtsleben des Weibes. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Bd. 4. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 478.
8. Bishop, The rectum in gynecology. Prov. roy. soc. med. IV. Obst. and Gyn. Sect. 327.
9. *Bossi, Neuro- und Psychopathien genitalen Ursprungs. Revue mensuelle de gyn., d'obst. et de péd. 1911. Nov.
10. — Entgegnung auf die Bemerkungen E. Siemerlings in Kiel: Über die Möglichkeit des Irrsinns genitalen Ursprungs beim Weibe. Zentralbl. f. Gyn. p. 269.
11. — L. M., Die gynäkologische Prophylaxe bei Wahnsinn. Berlin, O. Coblentz.
12. — Chorea genitalen Ursprungs. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 49. p. 1666.
13. — Le lesioni ginecologiche nella mania suicida. La Gin. Med. X. p. 421.
14. — Meine Ansichten über die reflektorischen Psychopathien und die Notwendigkeit der Verbesserung des Irrenwesens. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 47.
15. — Maladies utéro-ovariennes et psychopathies. Communication à l'académie royale de méd. de Gênes.
16. — M., Neuro-psychopathies d'origine génitale. Ann. de Gyn. et d'Obst. 1911. p. 743.
17. Cole, The prevention of postoperative gynecologic psychoses. Journ. of the Amer. Assoc. Jan. p. 102.
18. Danziger, F., Die Beziehungen zwischen gynäkologischen Erkrankungen und nervösen Erscheinungen. Inaug.-Diss. München 1911.

19. Dalché, Polyglandular syndrome and genital affections in women. Journ. des pract. XXVI.
20. Dartigues, L., Sur un cas d'hépatite diffuse totale consécutive à une hysterectomie pour fibrome et traitée par hépatotomie et dilacération du parenchyme hépatique. Paris-Chirurgical. Déc. 1911.
21. Delmas, Mélancolie après hystérectomie. Soc. de psychiatrie. 23 Mai. Ref. La Presse méd. p. 481.
22. Edelberg, Zur Therapie der weiblichen Hämaphilie. Gyn. Rundschau. Jahrg. VI. Heft 16.
23. Engelhard, J. L. B., Über Generationspsychosen und den Einfluss der Gestationsperiode auf schon bestehende psychische und neurologische Krankheiten. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. Heft 3.
24. Engelhorn, Schilddrüsen und weibliche Geschlechtsorgane. Erlangen, Max Menke und Sitzungsber. d. physik.-med. Sozietät in Erlangen. Bd. 43. 1911. p. 132—166. Mit 4 Tafeln. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1294.
25. Falgowski, W., Über falsche Hysterie bei gynäkologischen Erkrankungen. Nowing lekarskie. 1910. Nr. 7. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 189.
26. Foges, A., Über Wechselbeziehungen der Genital- und Flexurerkrankungen. Med. Klinik. 1911. Nr. 47. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 191.
27. Flatau, G., Sexuelle Neurasthenie. H. Rosenfeld, Berlin.
28. Frankl-Hochwart, v. Noorden und v. Strümpell, Die Erkrankungen des weiblichen Genitales in Beziehung zur inneren Medizin. Bearbeitet von Jaschke, Kermauner, Payer, Blau und Wagner. Bd. 1. Supplement zu H. Nothnagel, Spezielle Pathologie und Therapie. Wien und Leipzig, Hölder. (s. pag. 5.)
29. Haultain, F. W. N., Die doppelseitige Oophorektomie bei gewissen Neurosen. Sekt. f. Gyn. u. Geb. Sitzg. vom 24. Juli. 80. Jahresversamml. d. Brit. Med. Assoc. in Liverpool.
30. Hörrmann, Die Notwendigkeit der prophylaktischen Appendektomie bei gynäkologischen Operationen, zugleich ein Beitrag zur Frage der sogenannten Appendixkarzinome. Münchn. gyn. Ges. 23. Mai. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. p. 724. Bd. 36, Münchn. med. Wochenschr. Nr. 46. S. 2503.
31. Jaschke, Th., Die praktische Bedeutung verschiedener Formen chronischer Herzmuskelinsuffizienz für die Gynäkologie. Prakt. Ergebn. der Geb. u. Gyn. Bd. 4. Heft 2.
32. Jauregg, W. v., Bemerkungen zu dem voranstehenden Aufsatze des Herrn Prof. Bossi. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 47.
33. Jessup, Hodgkins disease involving the uterus. Amer. Journ. of Obst. Sept.
34. Jolly, Zur Technik der Fettbauchoperationen. VI. internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. in Berlin.
35. Keller, B., Blutgerinnungszeit und Ovarialfunktion. Arch. f. Gyn. Bd. 97. Heft 3.
36. Koch, Zur Therapie der weiblichen Hämophilie. Gyn. Rundschau. Bd. 16. p. 597.
37. Lapinsky, Die Stellung der hyperästhetischen Zonen unter den Symptomen der sog. symptomatischen Gesichtsneuralgien und die Bedeutung derselben bei gynäkologischen Erkrankungen. Russki Wratsch. Nr. 45. (In einem Falle hartnäckiger Schmerzen im Bereiche des Trigeminus schwanden die Schmerzen nach systematischer Thermotherapie der chronisch affizierten Eierstöcke. Die hyperästhetischen Zonen nahmen die Stirnhaut ein und ein dreieckiges Gebiet am Vorderhaupt längs der Pfeilnaht. Eine andere Patientin, die eine rechtsseitige chronische Adnexitis hatte, wies ebenda die dreieckige Zone auf. Ferner fand Verf. bei einigen gynäkologischen Patientinnen eine hyperästhetische Zone von ovaler Form, welche auf der Stirn gelegen nach oben die obengenannte Pfeilnahtzone, mit dem unteren Pole die untere mittlere Stirnzone berührt. Verf. nennt sie Zona frontalis superior medialis, und bringt drei interessante Krankengeschichten. Die diagnostische Bedeutung der Headschen Zonen ist sehr gross; sie ermöglichen den primären Krankheitsherd zu finden, welcher die Zonen projiziert. Bestimmte Zonen am Gesicht und auf der Kopfhaut weisen auf Erkrankungen der Bauchorgane hin; es ist aber zurzeit noch nicht möglich, aus dem Vorhandensein einer bestimmten Zone auf die Erkrankung eines bestimmten Organes der Bauchhöhle zu schliessen. Die Zonen, welche auf Krankheiten der Bauchorgane schliessen lassen, sind folgende: Zona parietalis, mandibularis,

occipitalis, verticalis, fronto-temporalis, temporalis, frontalis medialis superior und sagittalis anterior.) (H. Jentter.)

38. Macnaugthon-Jones, H., Die Beziehungen der Appendix zur Ätiologie und zur operativen Therapie der Adnexerkrankungen. Proceedings of the royal soc. of med. 1911. July. Lancet 29. 7. 1911. (Es bestehen enge Beziehungen zwischen den Erkrankungen der Adnexe und denen der Appendix. Nach Adnexoperationen auftretende Schmerzen sind häufig durch Verwachsungen an der Appendix bedingt. Es soll deshalb bei Adnexoperationen die Appendix stets mitentfernt werden, wenn sie erkrankt oder wenn sie abnorm, z. B. zu lang ist. Vielleicht ist es sogar besser, sie prinzipiell zu entfernen. Andererseits muss gefordert werden, dass bei jeder wegen Appendix vorgenommenen Laparotomie bei Frauen die Adnexe revidiert werden.)
39. Mc Murty, Intestinal complications in gynecological operations. Journ. of Amer. Med. Assoc. July. p. 195.
40. Marcuse, M., Sexualleben und Arbeitsleistung. Soziale Medizin und Hygiene. IV. Quartal 1911. Nr. 25. Berlin.
41. Mathes, P., Psychiatrie in der Gynäkologie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 50.
42. Mendel, R., und E. Tobias, Tabische Jungfrauen. Med. Klinik. 1911. Nr. 43. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 189.
43. Mendes, K., und E. Tobias, Die Tabes der Frauen. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie.
44. Moritz, E., Wurmfortsatzveränderungen nach Tubenentzündung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. Heft 2.
45. Müller, A., Über Einfluss der Appendicitis chronica auf die weiblichen Beckenorgane. Ärztl. Verein zu München. Sitzg. vom 6. März. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 52.
46. — Klimakterische Osteomalacie. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Sitzg. vom 14. März.
47. Natvig, Harald, Appendicit med komplicationer samt appendicit i forhold tit gynaekologiske lidelser. (Appendizitis mit Komplikationen und Appendizitis in ihrem Verhältnis zu gynäkologischen Leiden.) Norsk Magazin for laegevidenskaben. p. 852. 1913. p. 353. (Kr. Brandt.)
48. Niville, G., Die Beziehungen der Menstruation zum Allgemeinorganismus bei gynäkologischen Erkrankungen. Arch. f. Gyn. Bd. 97. Heft 3. Ref. Münchn. med. Wochenschrift. p. 2748.
49. Novak, On certain gynaecological aspects of neurasthenia. Amer. Journ. of Surg. Vol. 4. p. 138.
50. Novak und O. Porges, Über Azetonurie bei Extrauteringravidität und bei gynäkologischen Erkrankungen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 48.
51. Oberholzer, E., Kastration und Sterilisation von Geisteskranken in der Schweiz. Inaug.-Diss. Zürich 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40.
52. Ortenan, Sieben Fälle von psychischer Erkrankung nach gynäkologischer Behandlung geheilt. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 44. p. 2388.
53. Perrin und Remy, Influence de l'hypophyse sur l'organisme féminin, sur la gestation, sur la descendance. Province méd. Nr. 8.
54. Picqué, L., A Propos des Psychopathies génitales. La Gynécologie. Nr. 1. Janv.
55. Picqué, P., Des psychiatries génitales, chirurgie conservatrice et opératoire, question de doctrine. Académie de Médecine. 30 Juillet. Ref. La Presse méd. p. 646.
56. Porter, M. F., Erkrankungen der Schilddrüse bei der Frau. Verhandl. d. amer. Vereinigung von Geburtshelfern und Gynäkologen. Louisville. 26.—28. Sept. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 212.
57. Preiser, Über Krankheitsbilder aus dem Grenzgebiet zwischen Gynäkologie und Orthopädie. Ärztlicher Verein in Hamburg. Sitzg. vom 26. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 839.
58. — G., Über praktisch wichtige, aber wenig bekannte Krankheitsbilder aus dem Grenzgebiete der Gynäkologie und der Orthopädie. Med. Klinik. Nr. 24.
59. Prochownick, Über Miliartuberkulose nach gynäkologischen Operationen. Geb. Ges. zu Hamburg. 25. Juni. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48.
60. Puppel, Die Appendizitis, ihre Beziehungen zur Gynäkologie und Geburtshilfe. Gyn. Rundschau. Bd. 5. p. 180.

61. Reed, Ch. A. L., Constipation and Headache in Women. Journ. of Amer. Med. Assoc. Aug. 3.
62. — Die Beziehung von Magendarmverlagerungen zu gewissen Veränderungen im weiblichen Becken. Verhandl. d. amer. Ges. d. Geb. u. Gyn. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of women and children. Jan.
63. Reynold, E., und R. W. Lovelt, Eine experimentelle Studie bestimmter Phasen des chronischen Kreuzwehs. Eine kombinierte gynäkologische und orthopädische Untersuchung. Journ. Amer. Med. Assoc. 1910. Nr. 13. (Diese auf Studien der Mechanik, der Haltung und Bewegung des menschlichen Körpers beruhende Arbeit kommt zu dem Schluss, dass chronisches Kreuzweh hauptsächlich auf mechanische Störung des Gleichgewichts zurückzuführen ist, wodurch die Gewebe in der Lumbosakralgegend eine Zerrung erleiden. Das Kreuzweh ist in den meisten Fällen nicht eine Krankheit sui generis, sondern mehr der Teil eines Symptomenkomplexes, der durch abnorme Haltung des Körpers erzeugt wird. Abnormitäten der Muskulatur oder Unterleibserkrankungen sind die primären Ursachen. Ein gut sitzendes Korsett entspricht im ersten Fall einer zweckdienlichen Behandlung, im zweiten Fall hat natürlich eine spezifische Therapie einzusetzen.)
64. Schickele, G., Thrombose und innere Sekretion? Zur Aufklärung der Thrombose nach gynäkologischen Operationen nebst einigen Bemerkungen über die Gerinnungen in der Plazenta und über die Wirkung von Myomextrakten. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 4.
65. Schneider, Unfall und gynäkologische Erkrankungen, insbesondere Myom. Inaug.-Diss. München 1911.
66. Schubart, J., Fälle von psychischer Erkrankung nach gynäkologischer Behandlung geheilt. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 48.
67. Schultze, B. S., Für Diagnose und operative Behandlung der Genitalkrankheiten der weiblichen Irren. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 14. p. 417.
68. — Über die Notwendigkeit gynäkologischer Diagnose und operativer Therapie in den Irrenhäusern. Gyn. Rundschau. Jahrg. VI. Heft 1. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 381.
69. Siegmund, A., Die nasalen Reflexleiden in ihren Beziehungen zur chirurgischen und gynäkologischen Diagnostik. Berl. Klinik. Sept. Heft 291.
70. — Schilddrüse und Wundheilung. Zeitschr. f. Chir. Bd. 105. Heft 3—4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 128.
71. Siemerling, E., Die gynäkologischen Läsionen bei der Manie des Selbstmordes und die gynäkologische Prophylaxe gegen den Selbstmord beim Weibe. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2.
72. — Bemerkungen zu dem Aufsatze von Prof. Dr. Bossi: Die gynäkologischen Läsionen. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 2. p. 33.
73. Skutsch, Operation bei Reflexneurosen. Ges. f. Geb. u. Gyn. in Leipzig. 599. Sitzg. vom 19. Febr.
74. Snegireff, G., Über periodische Schmerzen bei Frauen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 6.
75. Stoeckel, W., M. Bossi, Die gynäkologische Prophylaxe bei Wahnsinn. Zentralbl. f. Gyn. p. 895.
76. Taussig, F. J., Gynecologic disease in the insane and its relationship to the various forms of Psychoses. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 9. Aug.
77. Theilhaber, Die Beziehungen von chronischer Entzündung, Narbe, Trauma und den Fortpflanzungsvorgängen zu der Entstehung von Tumoren. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 6. p. 264.
78. Walthard, M., Psychoneurose und Gynäkologie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Festnummer.
79. — Über die Bedeutung psychoneurotischer Symptome für die Gynäkologie. Zentralbl. f. Gyn. p. 489.
80. Wassilewsky, Zu den Beziehungen zwischen Appendizitis und den Erkrankungen der rechten Adnexe. Med. Obosren. Nr. 1. (Aus dem statistischen Teil der Arbeit ist zu ersehen, dass die Appendizitis häufiger wird, und dass der Unterschied in der Häufigkeit der Appendizitis bei beiden Geschlechtern sich ausgleicht. Die Lage der Appendix im Becken ist bei Frauen in 30 %, bei Männern nur in 16 % zu beobachten. Bei abnorm langem Cökum liegt sogar ein normal langer Appendix den rechten Adnexen an. Die Entzündungen gehen von einem Organ aufs andere per continuitatem über;

dem Lig. appendiculo-ovaricum weist Wassilewsky keine Bedeutung bei. Die Infektion kann auch durch Blut- oder Lymphgefässe, durch Adhäsionen, durch das Lig. infundibulo-pelvicum fortgeleitet werden. Eine Appendizitis kann eine Adnexitis hervorrufen, ebenso können Erkrankungen der Adnexe und Lageveränderungen des Uterus eine Appendizitis zur Folge haben. Die Appendizitis ist eine häufige Komplikation der Extrauteringravidität, ja sogar der Menstruation und der uterinen Gravidität. Verf. bringt einige interessante Krankengeschichten.) (H. Jentter.)

81. Wessler, G. W., Die Beziehungen der Lungentuberkulose zum Sexualleben der Frau. 31 p. Bonn, Inaug.-Diss. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 878.
82. Widmer, A., Appendizitis und Frauenkrankheiten. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. 1910. Nr. 13. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 413.
83. *Weisswange, Die Beziehung der funktionellen Neurosen, resp. der Hysterie zu den Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane. Ges. f. Natur- u. Heilk. zu Dresden. II. Sitzg. vom 14. Okt. 1911. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 49.
84. Wohlgemut, Heinr., Über die Appendizitis beim Weibe, ihre Beziehungen zu den Adnexen und zur Tubenschwangerschaft. Berl. klin. Wochenschr. 1911. Nr. 9 u. 10. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 603.

Weisswange (83) geht davon aus, dass lange Zeit die Annahme, gewisse Erkrankungen der weiblichen Genitalien seien imstande, eine Hysterie hervorzurufen oder mit ihr in Einklang zu bringen, eine gewisse verwirrende Rolle, namentlich durch den Begriff der Reflexneurose, gespielt habe. Diese Erkrankungen sind keine Reflexneurosen. Immerhin sind gewisse Wechselbeziehungen wohl als bestehend anzunehmen, die die Entscheidung, ob zu operieren oder psychische Behandlung einzuleiten ist, häufig sehr erschweren. Hier ist der weiteren Forschung noch viel vorbehalten; jedenfalls wird durch allzu schnelles Stellen der Diagnose: Hysterie heutzutage noch viel gesündigt. Redner erläutert dann an einigen Beispielen die oft recht schwere Differentialdiagnose; nur durch längeres Bekanntsein mit dem Patienten kann man bisweilen vor Irrtum bewahrt werden. Eine genaue Prüfung des Nervensystems ist unbedingt erforderlich. Es werden oft nervöse Frauen als hysterisch gezeichnet, die es nicht sind. Genitalerkrankungen müssen auch bei Hysterischen behandelt werden, doch ist dabei besonderer Takt erforderlich. Gerade Hysterische bereiten dem Arzt oft Schwierigkeiten. Von der Sanatoriumsbehandlung hält Redner nicht viel; die Patienten nehmen wohl an Gewicht zu, ihre hysterischen Erscheinungen und Beschwerden sind aber nicht behoben, bisweilen noch grösser geworden durch das Zusammensein mit anderen Kranken, deren Beschwerden sie infolge ihrer grossen Suggestibilität mitempfinden. In den leichteren Fällen ist es noch das beste, den Patienten entsprechende geregelte Beschäftigung zu verschaffen.

Nach der Ansicht Bossis (12) sind viele Kranke, die als Hysterische angesprochen und daher mit Brom, Hydrotherapie, Elektrotherapie, Suggestion und Hypnose behandelt worden, in Wirklichkeit von Uteruserkrankungen behaftet. Wird letzterer Zustand behandelt, so verschwinden auch die übrigen Krankheitssymptome. Selbstmorde und Selbstmordversuche vieler dieser unglücklichen Kranken haben als prädisponierende Ursache funktionelle oder anatomische Störungen im Gebiete des Genitalapparates. Nicht selten ist ein Trauma oder psychischer Shock die erste Ursache. Eine recht beträchtliche Zahl von kriminellen Handlungen von Frauen haben als Ursache einfache funktionelle und anatomische Störungen des Genitalapparates. Das Verbrechen wird dann durch irgend eine Begleitursache ausgelöst. Häufig spielen hier die Zeit der Menstruation oder die Tage kurz vor ihrem Einsetzen eine Rolle Das auslösende Moment der Störungen des nervösen Apparates und des psychischen Zustandes sind nicht selten Erkrankungen an Uterus und Ovarien, die unerkannt geblieben oder nicht behandelt worden sind. Die Schwere der psychischen Erkrankung hängt direkt von der Dauer der vorangegangenen genitalen Erkrankung ab.

Unter ca. 60 Frauen mit pathologischen Veränderungen des Wurmfortsatzes

fand Natvig (47) bei den $^{2}/_{3}$ auch typisch gynäkologische Leiden, die teilweise die Hauptindikation für Operation gaben. Nach Besprechen einiger nicht gynäkologischer Komplikationen, sehr hoch oder sehr tief gelagertes Cökum und Invagination des Ileum und akute Appendizitis, lenkt Verf. besonders die Aufmerksamkeit auf das Zusammenfallen pathologischer Veränderungen im Wurmfortsatze und in den Genitalien. Appendizitis während der Schwangerschaft und der Geburt bespricht er kritisch referierend nach den in der Literatur vorliegenden Angaben. — Er legt Gewicht darauf, dass das Cökum während der Schwangerschaft nach oben verlagert wurde (Waldeyer, Füth). Die Verlagerung kann dadurch zustande kommen, dass das verschiebliche Peritoneum, das auf der Gebärmutter in der Höbe des inneren Muttermundes fest angewachsen ist, ihm folgen muss sowohl während der Gravidität als während der Geburt, wenn die Grenzlinie nach oben gezogen wird. Im Puerperium und sonst kommen krankhafte Veränderungen des Wurmfortsatzes vor, zusammen mit Krankheiten der Genitalien, entweder auf die Weise, dass eine Genitalinfektion auf den Wurmfortsatz hinübergreift oder so, dass eine Infektion des Wurmfortsatzes sich zu den Genitalien verbreitet. Die Verbindungsbrücke bildet gewöhnlich das Peritoneum, doch können bei früher bestehenden alten Verwachsungen anormale Blut- oder Lymphgefässverbindungen sich gebildet haben. — Durch die vielen teilweise typischen Krankengeschichten zeigt Verf. wie oft und innig die Entzündungen in diesen Regionen sich vereinigen, aber auch dass reine Genitalleiden wie extrauterine Schwangerschaft, Parovarialzysten und ähnliches den Wurmfortsatz in Mitleidenschaft hineinziehen können. Diagnostische Schwierigkeiten kommen oft vor, besonders bei den larvierten Appendizitisformen, auch Retroflexionen — selbst mobile — des Uterus können eine Appendizitis verbergen. Verf. hatte öfter die Gelegenheit, Diagnose zu stellen: Sterilitas, Oophoritis, Retroflexio uteri, etc. ex appendicitide. Er empfiehlt aus Rücksicht auf das Verhältnis des Wurmfortsatzes die vaginalen Operationsmethoden zugunsten der Laparotomie einzuschränken und bei Frauen eine Appendizitis durch einen Schnitt in der Mittellinie statt einen Lateralschnitt anzugreifen. — Er entfernt die Appendizes, die pathologisch verändert erscheinen. K. Brandt (Kristiania).

D. Allgemeines über Laparotomie.

1. Amann, Die peritoneale Wundbehandlung. VI. internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. Berlin.
2. Arnaud, L., Le traitement des péritonites diffuses aiguës. Thèse de Lyon. 1911.
3. Arndt, Zur Prophylaxe der infektiösen Peritonitis durch Injektion von flüssigem Öl in die Bauchhöhle. Med. Obosren. Nr. 15. (H. Jentter.)
4. Aubert, L., Über die Technik der zum Zweck einer Drainage ausgeführten Hysterotomien bei Laparotomien. Zentralbl. f. Gyn. p. 327.
5. Bagozzi, G., Die Peritonealtuberkulose und ihre chirurgische Behandlung. Gazz. degli osped. Nr. 96. (Nach dem gegenwärtigen Stande unserer Kenntnisse ist die Laparotomie bei der Behandlung der peritonealen Tuberkulose als nützlich und notwendig anzusehen, da die medikamentöse, hygienische und serotherapeutische Behandlungsart sich meist als unzureichend herausstellt. Die Operation muss im subakuten Stadium vorgenommen werden, nicht zu Beginn der Krankheit oder nachdem sich bereits Komplikationen von seiten anderer Organe eingestellt haben. Der nützliche Einfluss der Operation ist darauf zurückzuführen, dass die alten Exsudate, welche ihre bakterizide Kraft bereits verloren haben, durch neue an bakteriziden Substanzen reichere ersetzt werden.)
6. Baisch, Experimentelles zur intra- und extraperitonealen Infektion. Bayr. Ges. f. Geb. u. Frauenheilk. Sitzg. vom 28. Jan. Zentralbl. f. Gyn. p. 520. Arch. f. Gyn. Bd. 98.
7. Bandler, S. W., Vaginal Celiotomy. Philadelphia and London 1911. W. B. Saunders Comp.
8. Baradulin, Zur Kasuistik der Pneumokokkenperitonitis. Wratsch. Gaz. Nr. 3. Sitzg. d. Ges. russ. Ärzte zu Moskau. (H. Jentter.)

9. Bauer, F., Zur Behandlung der akuten freien Peritonitis, mit besonderer Rücksicht auf die Frage der Primärnaht. Arch. f. klin. Chir. Bd. 96. Heft 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 662.
10. Bauereisen, Die Ausbreitungswege der Genitaltuberkulose. Arch. f. Gyn. Bd. 96. Heft 2. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2241.
11. Beckhardt, E., Zur Behandlung der Genital- und Peritonealtuberkulose beim Weibe. Inaug.-Diss. Strassburg i. E. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 287.
12. Benelli, E., Ossifikation von Laparotomienarben. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 75. Heft 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 690.
13. Bertram, Gertrud, Über den Keimgehalt des Operationsfeldes bei Laparotomien und seine Bedeutung für den postoperativen Verlauf. Gyn. Rundschau. Jahrg. VI. Heft 17.
13a. Bidwell, Effect of pituitary extraction on the bovels after abdominal operations. Clin. Chir. Sept. 6. 1911. Ref. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. p. 1075.
14. Besley, Frederic A., Postoperativer Ileus. Northwestern University Bull. 1911. Vol. 8. Nr 2 Dez. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 688.
15. Beuttner, Die peritoneale Wundbehandlung. VI. internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. in Berlin.
16. Bircher, Über zwei bemerkenswerte Fälle von Ileus. Arch. f. klin Chir. Bd. 105. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 125.
17. — Der duodeno-jejunale Darmverschluss ein selbständiges Krankheitsbild. Zenztalbl. f. Chir. Nr. 25. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48
18. Boldt, Die peritoneale Wundbehandlung. VI. internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. in Berlin.
19. Bonnet, Appendizitis, Beckenabszess, Kolpotomie, Appendixektomie, Phlebitis. Lyon méd. 1910. Nr. 42. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 124.
20. — Dreimalige dringliche Laparotomie an derselben Person. Lyon méd. 1910. Nr. 42. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 91.
21. Borgoras, N. A., Appendizitis und Adnexitis. Journ. f. Geb. u. Gyn. 1911. p. 831. Russisch. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1674.
22. Bovée, Wesley, Gynecologic Pelvic Drainage. Journ. of Amer. Med. Assoc. Vol. 59. Nr. 4.
23. Braun, A., Über den Wert der Bauchlage in der Nachbehandlung nach Operationen eitriger Prozesse in der Bauchhöhle. Inaug.-Diss. Bonn. Juli-Dez. 1911.
24. Brickner, W. M., Ruptur einer Pyosalpinx als Ursache akuter diffuser eitriger Peritonitis. Surg., Gyn. and Obst. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1674.
25. Bröse, V., Über die Giftigkeit des in die freie Bauchhöhle ergossenen Blutes. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 37. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1770.
26. Broun, Omental adhesions following operation with nausea for two years. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. March. p. 480.
27. Brun, H., Zur Technik der operativen Heilung grosser Bauchbrüche und Mastdarmprolapse. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 72. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 727.
28. Bumm, E., Über Vermeidung der Operations-Peritonitis. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Festnummer.
29. Butkewitsch, Intravenöse Injektion von Kochsalzlösung mit Adrenalin bei Peritonitis. Chirurgia. Nov. (Von neun Fällen diffusser eitriger Peritonitis kamen sieben ad exitum; zwei genasen. In schweren Fällen von Peritonitis und bei postoperativem Kollaps (bei Paralyse des vasomotorischen Zentrums, aber ohne Erkrankung des Herzens resp. der Gefässe) kann Injektion von 500—1500 ccm Kochsalzlösung mit Zusatz von 4—8 Tropfen Adrenalin von Nutzen sein. Es tritt Verengerung der peripheren und mesenterialen Gefässe und Hebung der Herztätigkeit ein. Zur Vermeidung von Schüttelfrösten ist ein leichtes Ansäuren der Lösung zu empfehlen. Das Adrenalin muss frisch sein.) (H. Jentter.)
30. Cabanne, Les modifications anormales du pouls dans les états péritoneaux. Thèse de Lyon. 1910/1911.
31. Capelle, Über Knochenbildung in Laparotomienarben. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 73. Heft 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 91.
32. Castle, H. E., Improved technic of venopesitostomy for relief of ascites. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 27.
33. Chaput, Die vagino-sakrale Hysterektomie. Revue de gyn. 1910. Tome 15. Nr. 4. Mit 4 Fig. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 727.

34. Chase, W. B., Some Factors in operative Technic and management which make for success or failure. The Amer. Journ of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 65. Nr. 1. Jan.
35. Chatin et Gaulier, Traitement héliothérapique de la péritonite tuberculeuse. Soc. méd. des hôp. 21 Nov. 1911. Ref. La Presse méd. Nr. 26. p. 263.
36. Child, An ideal abdominal incision for pelvic surgery in the female. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Jan. p. 91.
37. Coryllos, Der Querschnitt oberhalb der Symphyse in der Gynäkologie. Revue de gyn. 1911. Tome 17. Nr. 4. Mit 11 Fig. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 727.
38. Coughlin, W., Position as a factor in drainage of the peritoneal cavity. Journ. of the Amer. Med. Assoc. March 9.
39. Craid, F. M., Die Behandlung der tuberkulösen Peritonitis, ein Bericht über 31 Fälle. Ed. Med. Journ. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2697.
40. Delbet, Piere, Über die intraperitonealen Ölinjektionen. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. 1911. Tome 37. Nr. 33. p. 1220. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47.
41. Delille, M. A., Les formes anascitiques de la péritonite tuberculeuse. Soc. d'études scientifiques sur la tuberculose. Séance de 9 Mai.
42. Deuny, Ch. F., Quere Inzision des Abdomens. St. Paul med. Journ. 1911. Dez. (Der Verf. tritt sehr für den Faszienquerschnitt ein, den er auch für Gallenblasen-Magenoperationen, Appendektomien anwendet. Die Inzision für die erstgenannten Operationen legt er im Niveau der X. Rippe. Die vom Verf. betonten Vorzüge und die Abwehr der dem Faszienquerschnitt von anderen Seiten gemachten Vorwürfe bieten nichts Neues.)
43. Dobbert, Th., Über die Leistungsfähigkeit der Laparotomie bei eitrigen Prozessen der inneren Geschlechtsorgane des Weibes. St. Petersburger med. Zeitschr. p. 79—86. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1674.
44. Dobraya, R., Über Anwendung des Vioforms bei der Laparotomie wegen tuberkulöser Peritonitis. Inaug.-Diss. Bern 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40.
45. Dobrowolski, W., Die Fortschritte in der Behandlung der Peritonitis diffusa acuta. Gaz. Lekarska. Nr. 14, 15. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
46. Döderlein, Allgemeine Peritonitis. Gyn. Ges. zu München. Sitzg. vom 23. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1522.
47. Enderlen, Zur Peritonitisfrage. 2. Tagung der Vereinigung bayr. Chirurgen zu München am 6. Juli. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1977.
48. Evans, J. J. W., Two cases of „acute abdomen". The Lancet. March 16.
49. Falk, Peritoneum und Tuberkulose, experimentelle Beiträge zur Frage: Was verträgt das Peritoneum? VI. internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. in Berlin.
50. Finkel, Freie Netzplastik. Demonstration. Journ. akusch. i shensk. bol. Okt. Sitzungsber. d. geb.-gyn. Ges. zu Petersburg. (H. Jentter.)
51. Frank, R., Pseudomyxoma peritonei, ausgehend vom Processus vermiformis. Proceedings of the New York pathol. soc. 1911. Nr. 5. Vol. 11. 1 u. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 663.
52. Fraenkel, Über das sogenannte Pseudomyxoma peritonei. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22.
53. Franke, O., Über die Sensibilität in der Bauchhöhle. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 42. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2356.
54. Franke, F., Über Versuche mit Dauerdrainage bei Aszites. Arch. f. klin. Chir. Bd. 98. Heft 4.
55. Franz, R., Über einen geheilten Fall von gastroduodenalem Verschluss und zur Frage der akuten Magendilatation nach Operationen. Mitteil. d. Vereins der Ärzte in Steiermark. 1910. Nr. 7. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 125.
56. Franz, K., Die peritoneale Wundbehandlung. VI. internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. in Berlin.
57. Friedenthal, Georg, Erfahrungen bei der chirurgischen Behandlung der akuten exsudativen Peritonitis. Inaug.-Diss. Breslau. Dez. 1911. April.
58. Frisch, O. v., Über einen Fall von Silberdrahtstricken im Bauchraum. K. k. Ges. der Ärzte. Sitzg. vom 22. Dez. 1911. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 172. Arch. f. klin. Chir. Bd. 97. Heft 4.
59. Füth, Über gynäkologische Peritonitis. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Köln. 29. März 1911.

60. Gadwin, J. H., Intraperitoneale Sauerstoffinsufflation während gewisser Bauchhöhlenoperationen. Brit. med. Journ. Sept. 14. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47.
61. Godard, Jos., Chirurgische Behandlung des Peritoneums. Policlinique. 21. Jahrg. Nr. 16. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47.
62. Godart, M. Jos., Konservative Laparotomien. Policlinique, Bruxelles XXI. Nr. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 726.
63. Graff, E. v., Über Resistenzerhöhung des Peritoneums durch Nukleinsäure. K. k. Ges. d. Ärzte. Sitzg. vom 29. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 902.
64. — Zur Vorbehandlung von Laparotomien mit subkutaner Injektion von Nukleinsäure. II. Mitteilung. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 24. Heft 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1091.
65. Grammatikati, Zur Laparotomiefrage. Wratsch. Gaz. Nr. 21. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu Tomsk. (H. Jentter.)
66. Green, Llewellyn, B., Foreign body in the abdominal cavity. Brit. med. Journ. Dez. 28.
67. Goetjes, Zur chirurgischen Behandlung des Aszites. 84. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Münster i. W. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2421.
68. Goursolas, Du pseudomyxome du péritoine. Thèse de Lyon. 1911/12.
69. Grünbaum, Genital- und Peritonealtuberkulose. Nürnberger med. Ges. u. Poliklinik. Sitzg. vom 27. Juni. Ref. Berl. klin. Wochenschr. p. 1588.
70. Grusdew, Die peritoneale Wundbehandlung. VI. internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. in Berlin.
71. Guibal, P., La tuberculose péritonéale aiguë. Son traitement chir. Bull. méd. 30 Mars.
72. Halfern, G. v., Über das Zurücklassen von Fremdkörpern in der Bauchhöhle. Inaug.-Diss. Freiburg. Juni.
73. Happich, Zur Frage der intraperitonealen Kampferölanwendung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 23.
74. Heimann, E., Beitrag zur Frage der Laparotomie bei Peritonealtuberkulose. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. Heft 1. p. 159.
75. — Zur Frage der peritonealen Resorption, experimentelle Untersuchung. VI. internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. in Berlin.
76. Henschen, R., Die Sicherung grosser und übergrosser Bruchpforten durch Ein- oder Aufnähen freier Periostlappen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 77. Heft 1. Tübingen. Laupp. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 600.
77. Herzog, Über die Einheilungsvorgänge am Peritoneum nach Ruptur einer Dermoidzyste des Ovariums. 14 Jahre alte Ausschaltung einer Darmschlinge. Zieglers Beitr. z. path. Anatomie u. allgem. Pathol. Bd. 53. Heft 3. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2523.
78. Hinterstoisser, Verlorene Gazekompressen. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 16.
79. Hirschel, Die intraperitoneale Anwendung des Kampferöls. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 37. p. 2004.
80. Hofmann, Über die Pinselung des Bauchfells mit Jodtinktur bei der tuberkulösen Peritonitis. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 10.
81. Höhne, Klinische Erfahrungen über die durch Reizbehandlung des Peritoneums erzielte Peritonitisprophylaxe. VI. internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. in Berlin.
82. — Peritonealschutz. Therapeut. Monatsh. Nr. 11.
83. — Zur Toxinresorption aus der Bauchhöhle. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. Hamburg. 11. Nov. 1911. Zentralbl. f. Gyn. p. 258. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 492.
84. — Zur Frage der intraperitonealen Kampferölanwendung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 16. p. 871.
85. v. Holst, Zur Beurteilung des Pfannenstielschen Faszienquerschnittes. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 19.
86. Holzbach, Die spezifische Beeinflussung der peritonitischen Blutdrucksenkung durch pharmakologische Agentien. VI. internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. in Berlin.
87. — Über den Keimgehalt des Operationsfeldes bei gynäkologischen Laparotomien und seine Bedeutung für den postoperativen Verlauf. Zentralbl. f. Gyn. p. 1673.
88. Hörrmann, Prophylaktische Appendektomie bei gynäkologischen Operationen. Münchn. ärztl. Verein. 12. Juni. Münchn. med. Wochenschr. p. 2503.

89. Hornowski, Demonstration von zwei autochthonen Fremdkörpern aus der Bauchhöhle einer Frau. Lemberger ärztl. Ges. am 12. Juli. Lwowski Tygodnik Lekarski. Nr. 49. p. 802. (Es handelt sich wahrscheinlich um abgeschnürte Appendices epiploicae des Netzes, ähnlich wie in einem Falle, welchen Hornowski am 11. März 1910 demonstriert hatte.) (v. Neugebauer.)
90. Hornstein, F., Beiträge zur Kasuistik der gynäkologischen Peritonitis. Arch. f. Gyn. Bd. 97. Heft 1.
91. Howell, S., The chief use of the peritoneum. The Brit. Med. Journ. Sept. 21
92. Ihm, Ed., Über peritoneale Wundbehandlung. Sammelreferat. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Festnummer.
93. Jolly, R., Die Operation des Fettbauches. Berliner klin. Wochenschr. Nr. 29. 1911.
94. — Schraubstockspekulum, neuer automatischer Bauchdeckenhalter. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 43. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2474.
95. Josephson, Die peritoneale Wundbehandlung. VI. internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. in Berlin.
96. *Jüdd, E. S., Die Prophylaxe und Therapie der Bauchhernien. Surg., Gyn. and Obst. Febr.
97. Judd, Postoperative mechanical obstruction of the intestine occurring soon after operation. Long Island Med. Journ. VI. 9. Ref. Amer. Journ. of Obst. p. 886.
98. Kaiser, L., Über intraabdominalen Druck. Arch. f. Gyn. Bd. 96. Heft 2. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2241.
99. Kapponeg, Das Fibrolysin bei Peritonitis chronica adhaesiva. Norsk Magazin f. Laegevidenskaben. 1911.
100. Katsch und Borchers, Direkte Besichtigung des Bauchinhaltes bei geschlossener Bauchhöhle. Biol. Abteil. des ärztl. Vereins in Hamburg. Sitzg. vom 30. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2079.
101. Katz, G., Die Ergebnisse des suprasymphysären Faszienquerschnittes nach Pfannenstiel. Inaug.-Diss. Heidelberg 1910. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1233.
102. Kirschner, M., Die operative Behandlung der Brüche des Nabels, der Linea alba und der postoperativen seitlichen Bauchbrüche bei Erwachsenen. Ergebn. d. Chir. u. Orthopäd. 1910. Bd. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 969.
103. Klages, R., Ein Adenomyom in einer Laparotomienarbe nebst Bemerkungen zur Genese dieser Geschwulstbildung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. Heft 3.
104. Klitzsch, F., Die akute eitrige Peritonitis im Kindesalter von den weiblichen Genitalien aus. Inaug.-Diss. Leipzig. Sept. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2837.
105. Klotz, Zur Behandlung der Blutdrucksenkung bei Peritonitis. VI. internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. in Berlin.
106. — Pituitrintherapie bei Peritonitis. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 38. p. 2047.
107. — M., Zur Therapie der Peritonitis tuberculosa. Über Verhütung des Sonnenerythems durch Zeozonpaste. Sammelreferat. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 2.
108. — R., Über Peritonitisbehandlung mit Hypophysenextrakt. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Festnummer.
109. Kohn, J., Über drei Fälle schwerster Peritonitis supp., durch verschiedene Ursachen hervorgerufen und durch Operation geheilt. Prager med. Wochenschr. 1911. Nr. 41. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 663.
110. Kolaczek, Hans, Über freie Transplantation von Peritoneum. Beiträge zur klin. Chir. Bd. 78. Heft 2. Tübingen, Laupp. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1174.
111. Kolb, R., Die Uterusbauchdeckenfisteln. Gyn. Rundschau. Jahrg. VI. Heft 22. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2883.
112. König, F., Die Radikaloperation grosser Hernien, besonders der Bauchbrüche, unter Verlötung mit frei verpflanzten Periostlappen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 75. Heft 3. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 11.
113. Konopka, 100 Operationen mit Eröffnung des Bauchfells im Privathause. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 38.
114. Kouwer, Die peritoneale Wundbehandlung. VI. internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. in Berlin.
115. Kraus, R., und G. Hofer, Über Auflösung von Tuberkelbazillen im Peritoneum gesunder und tuberkulöser Meerschweinchen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 27. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1568.

116. Kroemer, Tuberkulose der inneren Genitalien und des Bauchfells. Greifswalder med. Verein. Sitzg. vom 24. Febr. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Vereinsbeilage. p. 1307.
117. Krogius, Ali, Über die Enterostomie als eine lebensrettende Hilfsoperation bei Peritonitiden und Darmokklusionen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 112. Heft 4—6. Ref. Münchn. med Wochenschr. p. 100.
118. Kuhn, F., Die Zuckerbehandlung der Bauchfellentzündung. Peritonitisbehandlung auf biologischer Grundlage. Arch. f. klin. Chir. Bd. 96. Heft 3 u. 4.
119. Küster, Indikationen und Resultate abdominaler Tampondrainage. VI. internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. in Berlin.
120. Küttner, Die umschriebene tumorbildende Fettgewebsnekrose im Abdomen. 84. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Münster i. W. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2422.
121. Labhardt, Alfr., Beiträge zur Genital- und Peritonealtuberkulose. Eine klinische Studie an Hand von 100 Fällen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. Heft 2.
122. Lampe, Über Verwendung von Kampferöl bei der Anlegung und Naht von Operationswunden. 41. Kongr. der Deutsch. Ges. f. Chir. zu Berlin vom 10.—13. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 949. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 23. März.
123. Lazynski, M., Einige Worte über die Behandlung der tuberkulösen Peritonitis und ihr Wesen. Przeglad Lekarski. Nr. 20. p. 359. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
124. — Über tuberkulöse Peritonitis. Polnische Ärztl. Ges. in Kijew. Przeglad Lekarski. Nr. 1. p. 24. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
125. Lecène, Die peritoneale Wundbehandlung. VI. internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. in Berlin.
126. Lebensbaum, Purulente Peritonitis operativ geheilt. Gyn. Sitzg. der Warschauer ärztl. Ges. vom 29. Dez. 1911. Przeglad chir. i gin. Bd 6. Heft 3. p. 363. (Polnisch.) (19jährige Frau, seit neun Monaten geschieden, hatte stets regelmässig ihre Periode. Als dieselbe vor einigen Tagen schon acht Tage ausgeblieben war, nahm die Frau eine Hutnadel, drehte den Knopf derselben ab und umwickelte das Nadelende mit Watte, um sich diesen Tampon, wie sie sich ausdrückte, in den Uterus einzuführen, um die Periode hervorzurufen. Sofortige Schmerzen zwangen sie, die Nadel wieder herauszuziehen. Dasselbe Manöver wiederholte sie nach zwei Tagen abermals trotz Schmerzen dabei, zugleich machte sie sich Ausspülungen mit verdünnter Jodtinktur. (50 Tropfen auf ein Liter Wasser.) Seit zwei Tagen Fieber, Schmerzen im Unterleib. +39.8 ° C. Puls 130. Scheidengewölbe empfindlich, Eis, Opium. Am nächsten Tage scheinbar Euphorie. +37,0 ° C, die Kranke sass im Bett, Puls 72. Ganz unerwartet abends starke Verschlimmerung, +39,4 ° C. Schmerzen, Singultus. Puls 130. Leib aufgetrieben. Am nächsten Tage ausgesprochene Peritonitis. Blutung ex vagina. Nach zwei Tagen wegen vitaler Indikation Bauchschnitt. Reichlich Eiter ex cavo Douglasii ausgetupft, keinerlei Verletzung des Uterus gefunden. Gazedrainage. Keine Appendizitis gefunden. Als beim Eröffnen der Bauchhöhle eitergemischte Flüssigkeit ausfloss, wurde der Einschnitt erweitert. Die Darmschlingen waren gerötet und mit leichtem Fibrinbelag angehaucht. Der Eiter wurde ausgetupft, hauptsächlich ex cavo Douglasii. Eileiter mit Fibrinbelag, am stärksten war derselbe jedoch auf der Vorderfläche des Uterus. Nirgends konnte eine Verletzung konstatiert werden. Nach Entfernen der Gazetücher aus der Bauchhöhle sah Lebensbaum mit Erstaunen, dass auch in der oberen Hälfte der Bauchhöhle zwischen den Darmschlingen Eiter war. Derselbe wurde mit Tupfern so gut es ging entfernt, ein Gazestreifen in das Cavum Douglasii eingelegt, sowie in die Lumbalgegenden, endlich ein Drainrohr, dann die Bauchwunde teilweise geschlossen. Darauf wurde der Uterus einer Auskratzung unterworfen und ein abgestorbenes Ei entfernt. Kochsalz mit vier Tropfen Adrenalin auf 500 g subkutan. Verlauf in den ersten drei Tagen sehr beängstigend, Somnolenz. Vier Tage lang Erbrechen, der Meteorismus liess erst am fünften Tage nach. Die ersten Winde gingen nach drei Tagen ab, am vierten Tage mehrfach diarrhoische Stühle trotz Opium, Bismut etc. bis zum neunten Tage, und zwar ging der Stuhl unbewusst ab. Maximaltemperatur +38 ° bei Puls von 110. Allmähliche Besserung. Nach drei Wochen ergiesst sich noch Eiter aus der Bauchwundfistel, aber in abnehmender Quantität. Sonde dringt noch 12 cm tief ein. Huzarski vermutet, die Frau habe die Nadel in den Uterus eingeführt und eine Perforation nach einem Parametrium sich zugezogen.) (v. Neugebauer.)

127. Liepmann, W., Drainage und Freund-Wertheimsche Karzinomoperation. Zentralbl. f. Gyn. p. 1078.
128. — Die peritoneale Wundbehandlung und die Dreitupferprobe. Gyn. Rundschau. Jahrg. VI. Heft 21. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2829. VI. internat. Gynäk.-Kongr. zu Berlin.
129. Ligabne, P., Sur les moyens de prévenir la formation des adhérences péritonéales: recherches expérimentales. La Clin. chir. Nr. 9. p. 19. 30 Sept. 1911.
130. Lomer, Zur Frage des Frühaufstehens nach Operationen. Geb. Ges. zu Hamburg. 11. Juni. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48.
131. Lotheisen, Über Drainage, insbesondere mit dem Zigarettendrain. Wiener klin. Rundschau. Nr. 1. Zentralbl. f. Gyn. p. 728.
132. Lovrich Die peritoneale Wundbehandlung. VI. internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. in Berlin.
133. Löwenstein, Über die Giftigkeit des in die freie Bauchhöhle ergossenen Blutes. Med. Klinik. 1911. Nr. 46.
134. Macnaughton-Jones, A report of the surgery of the peritoneum. The Lancet. Oct. 19.
135. — Die peritoneale Wundbehandlung. VI. internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. in Berlin.
136. Mars, Über das chirurgische Vorgehen bezüglich des Bauchfelles Lwowski Tygodnik Lekarski. Nr. 13. p. 597 u. ff. (Polnisch.) (Der Vortrag von Mars ist ein Resumé der Statistik sämtlicher polnischer Gynäkologen aus Österreichisch-Polen, Preussisch-Polen und Russisch-Polen bezüglich der von Bumm in seinem Vortrage: „Was verträgt das Peritoneum und was nicht“ gestellten Fragen. Die überaus mühsame Arbeit, ein von so vielen und verschiedenen Schulen angehörenden Operateuren geliefertes statistisches Material zu bearbeiten, war eine überaus grosse. Mars zieht nun aus dem grossen Materiale einiger Tausend Bauchschnitte aus den verschiedensten Indikationen ausgeführt seine Schlussfolgerungen, welche ihm den Grundstoff gaben zu seinem Referate in dem vorjährigen internationalen Gynäkologenkongress in Berlin. Eignet sich nicht zum Referat, muss im Original eingesehen werden.)
(v. Neugebauer.)
137. Mandel, Entzündliche Geschwülste des Bauches. 2. Tagung der Vereinigung bayr. Chirurgen in München am 6. Juli. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1978.
138. Malcolm, J. D., Bemerkungen zu 400 Operationen in der Bauchhöhle. Practitioner. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1231.
139. Marx, Karl, Über einen Fall von hysterischem Ileus. Inaug.-Diss. Freiburg i. Br. Dez. 1911.
140. Mayer, Albert, Über anatomisch nachweisbare Unterschiede in der Widerstandskraft der Bauchhöhle gegen eine eindringende Infektion. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 46.
141. — Die peritoneale Wundbehandlung. VI. internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. in Berlin.
142. — Tödliche Bauchpunktion bei Implantationskarzinom der Bauchdecken nach miliarer Karzinose des Bauchfells. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 26.
143. Mc Murtry, L. S., Intestinal complications in Gynecologic operations. Journ. of Amer. Med. Assoc. Juli. 20. Vol. 59. Nr. 3.
144. Mertens, G, Über Peritonitis purulenta ascendens. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47.
145. Meyer, L., Die peritoneale Wundbehandlung. VI. internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. in Berlin.
146. Mori, T., Beiträge zur chirurgischen Behandlung des Aszites. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 114. Heft 1—3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47.
147. Moynihan, B. G. A., Über die Korrelation der Symptome und Zeichen bei einigen Erkrankungen der Bauchhöhle. Brit. med. Journ. Febr. 17. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1876.
148. Neugebauer, Fr. v., Was verträgt das Peritoneum und was nicht? Vortrag von Professor Bumm, ins Polnische übertragen mit Anschluss einer Tabelle der zur Diskussion gestellten Fragen. Przeglad chir. i gin. Bd. 6. Heft 2. p. 217—225. Bd. 7. Heft 3. p. 366, 368—369. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
149. Newman, Special considerations in surgical treatment of the female pelvic organs. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Dec. p 1879.

150. Norrlin, L., Über frühzeitige Relaparotomien. Hygiea. Juli. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2922.
151. Novak, Josef, Kann man durch Öl die Entstehung peritonealer Adhäsionen verhindern? Wiener klin. Wochenschr. Nr. 29. p. 1119.
152. Okintschitz, Die Resultate der Anwendung der entfernbaren Draht-Aponeurosennaht auf Grund von 268 Laparotomien. Journ. akusch. i shensk. boles. Juli-August. (Die Naht wurde nach Buchmann ausgeführt. Prima intentio trat in 247 Fällen ein (92 %). Nur einmal wurde Hernienbildung beobachtet.) (H. Jentter.)
153. Okintschitz, Zwei Fälle von Fremdkörpern in der Bauchhöhle. Journ. akusch. i shensk. boles. Mai-Juni. (1. Nach dreitägiger Verhaltung der Menstruation Einführen eines elastischen Bougies durch die Hebamme. Am nächsten Tage beginnende Peritonitis; im Douglas wird ein Fremdkörper palpiert. Bei der Kolpotomie Entleerung eitrigen Exsudates; daher Uterusexstirpation und Entfernen des 20 cm langen Bougies. Tod am achten Tage post. op. an Peritonitis. Im Uterus keine Spur von Schwangerschaft. Durch die Gebärmutterwand geht ein enger, 3 cm langer, vom inneren Muttermund zur linken Uterusecke führender Kanal. 2. Auf dem dritten Schwangerschaftsmonat wird ein Bougie eingeführt, welches nicht wieder zu finden ist. In der rechten Iliakalgegend wird ein Fremdkörper palpiert. Laparotomie: das frei zwischen den Darmschlingen liegende Bougie wird extrahiert. Eine Öffnung in der Gebärmutter wird nicht gefunden, wohl aber ein kleiner, subseröser Bluterguss. Entlassung nach zwei Wochen. Der Uterus nimmt an Grösse zu.) (H. Jentter.)
154. Oppenheim, H, Zur Frage der Wundnahttechnik. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 50. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2832.
155. Oppenheimer, F., Über die Drainage der Bauchhöhle bei Laparotomie und über die im Anschluss daran entstandenen Nabelhernien. Inaug.-Diss. Würzburg 1911. Ref. Zentralbl f Gyn. p. 728.
156. Orthmann, Zur Beckendrainage. Der Frauenarzt. Heft 9.
157. De Paoli, Erasmo., und Antonio Calisti, Beobachtungen und experimentelle Untersuchungen über den Wert der Injektion des nukleinsauren Natriums bei der Prophylaxe der operativen Infektion des Peritoneums. Mitteilungen a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 24. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1090.
158 v. Ott, Das Ergebnis der bakteriologischen Untersuchungen bei vaginalen Köliotomien. Russki Wratsch. Nr. 35. (H. Jentter.)
159. Parlavecchio, M., Drainage péritonéal hypodermique. Académie royale des Sciences médicales de Palerme. 25. Mai. Ref. La Presse méd. p. 745.
160. Passauer, E., Hautemphysem nach Laparotomie. Inaug.-Diss. Berlin. Juni.
161. Perdoux, Le drainage en gynécologie. Thèse de Paris.
162. Perthes, Zur Erleichterung der Naht beim queren Bauchschnitt. Zentralbl. f. Chir. Nr. 37. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2180.
163. Pissemsky, G., Übersicht der in der gynäkologischen Abteilung des Alexander-Stadtkrankenhauses zu Kiew ausgeführten 1100 Laparotomien. Verhandl. d. V. internat. Kongr. zu St. Petersburg. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 89.
164. Platonow, W. M., Das Frühaufstehen nach Köliotomien. 4. Kongr. russ. Geb. u. Gyn. 1910. Journ. akusch. i shensk. boles. Nov. (Bericht über 139 Operationen. Das Frühaufstehen ist anwendbar in der grössten Mehrzahl der Köliotomien, besonders bei Pfannenstielschnitt und Kolpotomien. Es werden keinerlei ernste Komplikationen beobachtet. Das Frühaufstehen verhindert die Lungenhypostasen, bessert Herztätigkeit und Darmfunktion und wirkt günstig auf die Psyche ein. Es verkürzt den Aufenthalt der Kranken im Hospital. Es hat keinen Einfluss auf die Entstehung postoperativer Hernien. Es erleichtert die Arbeit des niederen medizinischen Personals.) (H. Jentter.)
165. Pochhammer, O., Hernia properitonealis abdominalis in alter Bauchnarbe, Brucheinklemmung, Darmgangrän und Darmresektion. Berl. klin. Wochenschr. 1911. Nr. 51.
166. Polak, J O., A clinical study of the operative findings at secondary operation. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Nr. 6.
167. Ransohoff, J., Gastroenteroptosis. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 15. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48.
168. Riem, Hans, Über das Schicksal von eingenähten Silberdrahtnetzen zum Verschluss von Bruchpforten. Inaug.-Diss. Leipzig. Dez. 1911.

169. Recasens, Die peritoneale Wundbehandlung. VI. internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn in Berlin
170. Reynès, M. H., La lever précoce des grands opérés du ventre. Académie de méd. 28 Mai. Ref. La Presse méd. p. 472.
171. Rosinelli, Die peritoneale Wundbehandlung. VI. internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. in Berlin.
172. Reynes, Des occlusions intestinales aiguës suite de laparotomie. Assoc. franç de chir. 12 Oct. Ref. La Presse méd. p. 870.
173. Rieck, Die Extraperitonisierung vaginaler Bauchhöhlenoperationen. VI. internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. in Berlin. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36.
174. Rosinsky, Präparat einer Fettbauchoperation nach Jolly. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. 29. Juni. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 372.
175. Rübsamen, W., Tödliche Kampfervergiftung nach Anwendung von offizinellem Kampferöl zur postoperativen Peritonitisprophylaxe. Zentralbl. f. Gyn. p. 1009.
176. Runte, H., Stenosen und Invaginationen des Darmes durch Primärtumoren. Inaug.-Diss. Greifswald 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 414.
177. Salzer, Über Diplokokkenperitonitis. 41. Chirurgenkongress. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 635.
178. Scheidtmann, W., Zur Frage der Peritonealdrainage bei Peritonitis diffusa. 198. Sitzung vom 11. Dez. 1911. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 35. p. 1673.
179. Schepelmann, Das Öl in der Bauchchirurgie. Arch. f. klin. Chir. Bd. 99. p. 879. (Versuche an Kaninchen über die prophylaktische Wirkung des Olivenöls bezüglich der Peritonitis ergaben: Intraperitoneale Ölinjektion bewirkt Kollaps, der auch durch Zusatz von Kampfer nicht verhütet wird. Erfolgt bakterielle Infektion gleichzeitig mit der Ölapplikation, so schadet sie mehr als ohne das Öl, aber auch bei Infektion einige Tage nach der Ölanwendung (prophylaktische Ölapplikation) bringt das Öl eher Schaden als Nutzen; nur wenn dem Öl ein langsam resorbiert werdender bakterizider Stoff, Salimentol, zugesetzt wurde, schien die Entwickelung der Peritonitis etwas gehemmt zu werden Nach den Tierversuchen kann die Ölanwendung beim Menschen nicht als experimentell fundiert angesehen werden.)
180. — Tierversuche zur Frage der Prophylaxe postoperativer Bauchfellentzündungen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 114. Heft 5—6. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1453.
181. Scherer, C., Beiträge zur Ätiologie und Therapie von Aufplatzen von Laparotomiewunden. 45 p. Inaug.-Diss. Bonn 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 970.
182. Schlechtendahl, E., Über Stumpfversorgung bei Blinddarmoperationen. Deutsche med Wochenschr. 1911. Nr. 39. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 192.
183. Schlimpert, H., Über den Wert der Bauchhöhlendrainage. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. Heft 1. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2637.
184. — Die Tuberkulose bei der Frau, insbesondere die Bauchfell- und Genitaltuberkulose, die Tuberkulose des uropoetischen Systems, die Tuberkulose während der Schwangerschaft und Wochenbett, auf Grund von 3514 Sektionen. Arch. f. Gyn. Bd. 94. Heft 3.
185. Schlossmann, H., Klinisches und Pathologisches zur primären Mesenterialtuberkulose. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 78. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40.
186. Scipiades, E., Die Vorbereitung der Bauchwand zu gynäkologischen Laparotomien. Mitteilungen aus der zweiten Frauenklinik der kgl. ungar. Univ. Budapest. Bd. 2. Heft 1.
187. Scott, Carmichael E., Akute Magendilatation als postoperative Komplikation nach Laparotomie. Transact. of the Edinb. Obst. Soc. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 689.
188. v. Seuffert, Über intraperitoneale Ölinjektionen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 5.
189. — Prophylaxe und Behandlung der eitrigen Peritonitis. Gyn. Ges. in München. Sitzg. vom 22. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 608.
190. Sigwart, Die bakteriologische Kontrolle der Asepsis bei Laparotomien. VI. internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. in Berlin.
191. Simin, A., Zur Lehre von der Resorption aus der Bauchhöhle. Arch. f. klin. Chir. Bd. 98. Heft 2. u. Wratsch. Gaz. Nr. 22. (Simin hat Versuche mit Injektion von Atropin in verschiedenen Dosen und in Chlornatriumlösung verschiedener Konzentration gemacht. Mit Erhöhung der Konzentration der Salzlösung wird die Resorption erschwert (acht Versuche an Hunden). Fernere 11 Versuche an Meerschweinchen berechtigen Verf. zu dem Schluss, dass gleichzeitige Injektion von Diphtherietoxinen

und hypertonischen Salzlösungen die Tiere rettet, und zwar um so sicherer, je konzentrierter die Lösung. Letzteres kann erklärt werden entweder dadurch, dass die Resorption verlangsamt wird, oder dadurch, dass die hypertonische Flüssigkeit seröse Transsudation und lokale Leukozytose hervorruft, welche die Toxine unschädlich machen.) (H. Jentter.)

192. Simin, A., Kampferöl in der Behandlung und Prophylaxe eitriger Peritonitiden. Ssibirskaja Wratsch. Gaz. Nr. 1.

193. Sippel, Schnittführung und Nahtmethode bei gynäkologischen Laparotomien. Ärztlicher Verein in Frankfurt a. M. Ordentliche Sitzg. vom 6. Nov. 1911. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 50. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70.

194. Solms, Die peritoneale Wundbehandlung. VI. internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. in Berlin.

195 Somach. A., Die Laparotomie nach Rapin-Küstner-Pfannenstiel. Inaug.-Diss. Genf 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47.

196. Sonnenburg, E., Naht oder Drainage der Bauchhöhle bei freier Peritonitis. Freie Vereinig. d. Chir. Berlins. Sitzg. vom 15. Jan. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 10. p. 445.

197. Sonnenfeld, J., Über Verwendung von Kampferöl bei der Anlegung und Naht von Operationswunden. Vom 41. Chirurgenkongress. Zentralbl. f. Gyn. p. 633.

198. Spinelli, Peritoneale Wundbehandlung. Internat. Gynäkologenkongress Berlin.

199. Ssokolowa, Zur Behandlung eitriger Peritonitiden. Wratsch. Gaz. Nr. 3. Sitzg. d. Ges. russ. Ärzte zu St. Petersburg. (Während die frühere Behandlung eitriger Peritonitiden 66 % Sterblichkeit gab, betrug die Mortalität bei der Behandlung nach Witzel 76 %. Schliesslich bei der Behandlung nach Gerster fiel sie auf 38 %. Polyvalentes Streptokokkenserum war erfolglos. In einem Falle von appendikulärer Peritonitis, welche durch anaerobe Streptokokken bedingt war, gab guten Erfolg konstante Durchströmung der Bauchhöhle mit Sauerstoff.) (H. Jentter.)

200. Stanglmayr, E., Ätiologie und Prophylaxe der postoperativen Darmstörungen. Inaug.-Diss. Freiburg 1910. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47.

201. Stern, R., Beitrag zur Laparotomie im Privathaus. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 53.

202. Stoeckel, W., Zurückgelassener Tupfer in der Bauchhöhle. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 11. Nov. 1911. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 481.

203. v. Stubenrauch, Zur Technik der temporären Enterostomie bei Peritonitis und Inanitionszuständen. 2. Tagung der Vereinigung bayr. Chir. zu München am 6. Juli. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1977.

204. Temoin, Diagnose und Behandlung der akuten Peritonitis. Arch. Prov. de chir. 1911. Nr. 10.

205. Thies, Seltene Ursachen der Peritonitis. Demonstration von zwei Präparaten. Ges. f. Geb. u. Gyn. in Leipzig. 601. Sitzg. vom 22. April. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1190.

206. Tóth, Stefan v., Über die Technik der zum Zweck einer Drainage ausgeführten Hysterotomien bei Laparotomien. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2. und Orvosi Hetilap. 1911. Nr. 2.

207. Tschmarke, Die allgemeine eitrige Peritonitis und ihre Behandlung mit besonderer Berücksichtigung der Appendizitis. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 13.

208. Van der Velde, Zur Verhütung der postoperativen Peritonitis. VI. internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. in Berlin.

209. Veit, J., Über die operative Behandlung der septischen und der gonorrhoischen Peritonitis. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Festnummer.

210. Voss, H., Zur Pathologie der Peritonitis tuberkulosa. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose. Bd. 23. Heft 4. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1969.

211. Wallace, O., Abdominal Drainage in the Treatment of Peritonitis. The Lancet. London. June 15.

212. *Wallace, A. J., Frühaufstehen nach Laparotomien. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. May. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47. North of England Obst. and Gyn. Soc. Sitzg. vom 17. Nov. 1911.

213. Wehl, Zur Tamponade der Bauchhöhle. Zentralbl. f. Chir. Nr. 8. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 601.

214. Weil, S., Die akute freie Peritonitis. Ergebn. d. Chir. u. Orthop. Bd. 2. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1091.

215. Wells, General care of cases of laparotomy for pelvic diseases before and after operation. Amer. Journ. of Surg. 1911. XXV. Nr. 12.
216. Wolff, E., Pankreaszysten und Pseudozysten. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 74. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40.
217. Yates, J. L., Physiological Principles in the Treatment of Acute Peritonitis. Surg., Gyn. and Obst. Nov. 1911.
218. Zesas, W. G., Der gegenwärtige Stand der chirurgischen Behandlung der diffusen eitrigen Peritonitis. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 15. Nr. 1. 31. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 662.
219. Zwet, G., Peritonitis, ausgehend von einer gonorrhoischen Infektion der Tuben. Inaug.-Diss. München. Okt. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2533.

Nach Ansicht von Jüdd (96) ist die Art der Schnittführung bei Laparotomien von grosser Wichtigkeit zur Verhütung der Bauchhernien. Bei medianem Längsschnitt empfiehlt es sich, beide Rektusscheiden zu eröffnen, um dann die Muskeln und Aponeurosen entsprechend vereinigen zu können. Bei seitlichen Inzisionen ist vor allem eine quere Durchschneidung von Muskelfasern und eine Verletzung der Nerven zu vermeiden. Deshalb sind mehrere kleinere Schnitte einem grossen vorzuziehen. Zur Heilung einer Hernie empfiehlt Verf. eine Methode der Lappenverdoppelung, bei der nach Eröffnung der Bauchhöhle und Ablösung der adhärenten Gebilde ein aus allen Schichten der Bauchwand bestehender Lappen des einen Wundrandes auf den anderen Wundrand aufgenäht wird, so dass das Peritoneum der einen Seite auf die Aponeurose der anderen zu liegen kommt. Eine anatomische Scheidung der einzelnen Gewebsschichten wird dabei nicht vorgenommen.

Wallace (212) hat bei 400 Fällen das Prinzip des Frühaufstehens befolgt, indem er dies den Operierten gestattete, sobald sie es selbst wünschten, falls die Genesung ungestört verlaufen war, und bei normalen Puls- und Temperaturverhältnissen die Bauchwunde sich gut geschlossen hatte. In bezug auf den letzten Punkt ist die Führung der Inzision nach der Methode von Pfannenstiel oder Lennander von entschiedener Bedeutung, Während sonst das Verbleiben im Bette auf 2—3 Wochen bemessen war, standen von den Kranken dieser Serie 283, ihrem eigenen Verlangen entsprechend, früher auf, die meisten am siebten oder achten Tage, und der Gesundheitszustand war im allgemeinen ein wesentlich besserer als bei dem alten Regime, wenn auch einige (9) Individuen gewisse Komplikationen, wie leichtes Fieber, Bronchitis, gelinde Thrombose, Hyperämie der Wundränder, entwickelten, welche möglicherweise bei Bettruhe ausgeblieben wären.

E. Sonstiges Allgemeines.

1. Abadie, J., Zwei Formen von Genitaltuberkulose bei der Frau. Gyn. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 880.
2. Abel, Die Trockenbehandlung des Vaginal- und Uteruskatarrhs mittelst Tryen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 53.
3. Abulow, Zur Behandlung gonorrhoischer Erkrankungen mit Antigonokokkenserum. Russki Wratsch. Nr. 25. (H. Jentter.)
4. Adler, Versuche mit „Mamminum Poehl" betreffend die Funktion der Brustdrüse als innerlich sezernierendes Organ. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 1.
5. Alamartine et Maurizot, Les hypernéphromes génitaux de la femme. Revue de gyn. et de chir. abdom. Tome 18. Nr. 1. pag. 1.
6. Albrecht, H., Die diffuse gonorrhoische Peritonitis. Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. in München. II. Sitzg. vom 7. Juli. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1932.
7. — Zur Frage der Antiperistaltik im menschlichen Dickdarm. Sitzg. vom 16. Nov. 1911. Münchn. Gyn. Ges. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 139.
8. Alcock, R., Jod als das einzige Verbandmittel operativer Wunden. Brit. med. Journ. 3. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1876.

9. Altmann, Über die bei gonorrhoischen Erkrankungen mit der Vakzinetherapie gewonnenen Erfahrungen. Wissenschaftl. Vereinigung am städt. Krankenhaus zu Frankfurt a. M. Sitzung vom 10. Sept. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2652.

10. Altschuler, A., Über die Pulsfrequenz von Patienten vor und nach den in Vollnarkose ausgeführten Operationen. Inaug.-Diss. Marburg.

11. Ambroshewitsch, Kühlende Moorbäder bei einigen Frauenkrankheiten. Russki Wratsch. Nr. 23. (Genaue Messungen der Temperatur im Scheidengewölbe zeigten, dass in vielen Fällen die gewöhnlichen Moorbäder (20 Minuten, 32 ° R) eine die Norm übersteigende anhaltende lokale Temperatursteigerung zur Folge haben. Das führt zu Exazerbationen und zwingt zuweilen die Behandlung zu unterbrechen. Aus diesen Gründen empfiehlt Verf. kühlende Moorbäder (20 Minuten, 25—26 ° R) in Kombination mit Eis auf den Unterleib mehrere Male täglich resp. nachts. Ausser diesen leicht exazerbierenden Prozessen geben noch Hydro- und Pyosalpinx und Hämatocele Indikation zu kühlenden Moorbädern ab. Es wird Kleinerwerden und Resorption der Tumoren beobachtet. Gute Erfolge sah Ambroshewitsch auch bei Myom, Fibrom, Zysten (Resorption perimetritischer Massen, Kleinerwerden der Tumoren, vielleicht Hemmung des Wachstums derselben). Endlich sind diese Bäder angezeigt bei häufigen profusen Menstrualblutungen bei Jungfrauen und im Klimakterium. In allen übrigen Fällen bestehen die gebräuchlichen Moorbäder zurecht.) (H. Jentter.)

12. Anikejew, L. A., Desinfektion nach Grossich bei Laparotomien. IV. Kongr. russ. Gyn. u. Geb. in St. Petersburg. vom 16—18. Dez. 1910. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 405.

13. Arapow, Zur Allgemeinnarkose mit verkleinertem Blutkreislauf nach Klapp. Wratsch. Gaz. Nr. 1. Sitzungsber. des XI. Kongr. russ. Chir. (Arapow berichtet über 6 Chloroform- und 20 Äthernarkosen. Die Menge des konsumierten Narkotikums ist bedeutend kleiner (um 25 %). Die Kranken erwachen sofort nach Lösung der Binde. Andererseits betont Arapow die Möglichkeit von Thrombosen und Embolien.) (H. Jentter.)

14. Arnaud, L'hormon péristaltique. Lyon chir. 1911. Tome 6. Nr. 5. p. 523.

15. Arnd, C., und F. Rusca, Zur Frage der Sterilisation der Gummihandschuhe. Therap. Monatshefte. Nr. 9.

16. Aschoff, De la Camp, v. Beck, Krönig, Beiträge zur Thrombosefrage. Leipzig, F. C. W. Vogel.

17. Babcock, W. W., Anwendung und Grenzen der Allgemeinanästhesie, soweit sie durch subkutane und intravaskuläre Injektionen hervorgerufen wird. Monthly cyclopedia and med. bull. 1910. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1237.

18. Bachem, C., Codeonal ein neues Narkotikum und Hypnotikum. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 6.

19. — Uzara, ein neues Antidiarrhoikum. Berl. klin. Wochenschr. 1911. Nr. 33.

20. Bachrach, R., Über postoperative Parotitis. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 78. Heft 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1233.

21. Backwith, H., Die Resultate der Behandlung der entzündlichen Erkrankungen der Uterusadnexe. 80. Jahresversamml. d. Brit. Med. Assoc. in Liverpool. Sitzg. vom 24. Juli. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2130.

22. Baradulin, Über die Veränderungen im Blute nach Operationen. Wratsch. Gaz. Nr. 1. Sitzungsber. des XI. Kongr. russ. Chir. (Seine Untersuchungen machte Baradulin an 23 Kranken. Am bedeutendsten sind die morphologischen Veränderungen der weissen Blutkörper. Zuerst bedeutende Leukozytose, welche zum 10. Tage post op. zur Norm fällt. Die Zahl der Eosinophilen fällt am anderen Tage nach der Operation, um vom dritten Tage ab zu steigen. Das Maximum wird am 6.—8. Tage erreicht. Frühes Auftreten der Eosinophilen hat eine prognostisch gute Bedeutung.) (H. Jentter.)

23. v. Bardeleben, Weibliche Genitaltuberkulose. Internat. Tuberkulosekongr. vom 18. April.

24. Barker, A. E., Über die Erfahrungen mit der Spinalanalgesie bei 2354 Fällen. Brit. med. Journ. March 16., 23. und 30. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1877.

25. Bauer, A., Über Teratome der Kreuz-Steissbeingegend und der Bauchhöhle. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 55. Heft 1 u. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 218.

26. Bauer, G., Über Tamponbehandlung und ihre Ausführung unter Anwendung von Sulfoformöl. Zentralbl. f. Gyn. p. 645.

27. Bauereisen, F., Die Ausbreitungswege der Genitaltuberkulose. Arch. f. Gyn. Bd. 96. Heft 2.
28. Baumann, Über Chloräthylrausch und Narkose. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17.
29. Baumm, Genitaltuberkulose. Gyn. Ges. in Breslau. Sitzg. vom 26. März. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 749.
30. Beer, C., Die Verwendung des Skopolamin-Morphiums als alleiniges und als vorbereitendes Narkotikum. Inaug.-Diss. Freiburg 1910. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 44.
31. Beichmann, Zur Technik der Lumbalpunktion und der Untersuchung des Liquor cerebrospinalis. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 9.
32. Belonowsky, Über die Herstellung und Standardierung des Gonokokkenserums. IV. Kongress russ. Gyn. zu St. Petersburg. 29.—31. Dez. 1911. Journ. akusch. i shensk. boles. Juli-August. (H. Jentter.)
33. Beneke, Über Thrombose. Verein der Ärzte in Halle a. S. Münchn. med. Wochenschr. p. 2892.
34. Benthin, W., Der Blutzuckergehalt bei genital bedingten Blutungen und bei Psychoneurosen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 71. Heft 3.
35. Berdjaew, Zur Desinfektion des Operationsfeldes. Wojenno-Med. Journ. März. (Nach Desinfektion mittelst Jodtinktur wurde auf 252 Fälle in 97,6 % prima intentio erzielt.) (H. Jentter.)
36. Beresnegowsky, Zur intravenösen Isopralnarkose. Wratsch. Gaz. Nr. 51. (H. Jentter.)
37. Berkeley, Comyns, Rückenschmerzen. Pract. 1911. Okt. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 219.
38. Beresnegowski, Zur intravenösen Äthernarkose. Chir. Arch. Weljaminowa. Nr. 3. (Versuche an isolierten Herzen, ferner an Tieren, endlich an Menschen. Die 3 %ige Lösung ist zu schwach, selbst die 4 %ige gibt ungenügende Narkose (die histologischen Veränderungen sind: trübe Degeneration der parenchymatösen Organe, in den Nieren selbst fettige Degeneration). Bei 5 %iger Lösung ist die Narkose ausreichend, der Schlaf jedoch nicht tief (histologische Veränderungen: trübe Degeneration in allen Organen und fast überall auch schwache fettige Degeneration). Eine Temperatur der Ätherlösung von 28½ ° C ist zu niedrig. Die Ausscheidung des Äthers aus dem Organismus geschieht rasch. Die Exzitation ist stark, wird jedoch geringer bei vorhergehender Morphiuminjektion. Die Senkung des Blutdruckes ist eine geringe. Die grösste Gefahr liegt in der Wirkung der Äthernarkose auf das Atmungszentrum. Verf. sah Fälle von Asphyxie. Zu den spezifischen Gefahren gehört auch Thrombose und Embolie, unangenehm sind ferner Schmerzen in dem Arm, in welchen injiziert wurde (Reizung der Gefässwandungen). Die Leber wird nicht affiziert. Am schlimmsten ist die Wirkung auf die Lungen: Zerreissung der Gefässe, Traumatisierung des Lungengewebes. Im Vergleich zur Inhalationsnarkose zeitigt die intravenöse Narkose negative Resultate, deshalb lässt Verf. sie zu nur in Fällen, wo die Inhalationsnarkose störend ist (Operationen am Hals, Gesicht, in der Mundhöhle.) (H. Jentter.)
39. Bertraud, La stérilité d'origine blenorrhagique. Thèse de Paris.
40. Billeus, G., Über Sakralanästhesie mit besonderer Berücksichtigung ihrer Verwertung in der Gynäkologie. Inaug.-Diss. Bonn. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 44.
41. Bjorkenheim, Ed. A., Über die Anwendung des Skopolamin-Morphiums bei Operationen und Entbindungen. Arbeiten a. d. geb.-gyn. Klinik in Helsingfors 1910. Heft 12. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 694.
42. Bland-Sutton, J., Fertilisation in relation to pathology. The Lancet. May 25.
43. Blumreich, L., Neuerungen für das Studium der gynäkologischen Praxis. Berl. med. Ges. 12. Juni. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 26.
44. Bock, A., Über Fiebererscheinungen nach intravenösen Injektionen, vornehmlich indifferenter Partikelchen. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharm. Bd. 68. Heft 1. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1176.
45. Bokelmann, W., Zur Deutung und Behandlung der Unfruchtbarkeit des Weibes. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 37—38. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2122.
46. Bonnier, R., Réactions génitales dans l'anxiété. Soc. de biol. 30 Mars. Ref. La Presse méd. p. 273.
47. — Les centres gonostatiques et la diaphylaxie génitale. Soc. de biol. Sitzg. vom 25. Mai. Ref. La Presse méd. p. 470.
48. Bossi, Die schweren Schäden der Sterilität, sowohl der physischen unfreiwilligen,

als der künstlichen und absichtlichen. Gazzetta degli osped. 1911. Nr. 88. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 214.
49. Bovermann, Über unerwünschte Nebenwirkungen bei Hormonal- und Pituitrininjektionen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28.
50. Boys, Tod durch Lachgas-Sauerstoffnarkose. Surg., Gyn. and Obst. Nr. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1237.
51. Broman, J., Über geschlechtliche Sterilität und ihre Ursachen, nebst einem Anhange über künstliche Befruchtung bei Tieren und beim Menschen. Wiesbaden, J. F. Bergmann.
52. Brunn, M. v., Über Injektionsnarkose mit Pantopon-Skopolamin. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 73. Heft 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2.
53. v. Brunn, Die „Gaze-Äther-Methode", das einfachste Verfahren der Äthernarkose. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17.
54. Brunner, F., Vorsicht mit dem Skopolamin. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1777.
55. Brüning, Aug., Studien zur Narkosenfrage, insbesondere über die Anwendung von Sauerstoff und komprimierter Luft. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 113. Heft 5—6. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1118.
56. — Zur Jodtinkturdesinfektion, zugleich ein Beitrag von metastatischer Entzündung nach subkutaner Verletzung. Zentralbl. f. Chir. Nr. 19. Ref. Münchn. med. Wochenschrift. p. 1237.
57. Brünings, W., Bemerkungen zum rektalen Dauereinlauf. Münchn. med. Wochenschr. 1911. Nr. 24.
58. Brüno, Übersicht über die 25jährige Tätigkeit der geburtshilflich-gynäkologischen Gesellschaft zu Kiew. Journ. akusch. i shensk. bol. Mai. Juni. (H. Jentter.)
59. Brüstlein, Vorsicht mit dem Skopolamin. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 10. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 891.
60. Bucura, C. J., Gynäkologische Kleinigkeiten. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 17. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1060.
61. Burdick, W. P., Die Anwendung der Anästhetika, mit besonderer Rücksicht auf Chloroform- und Äthernarkose. Therap. Gaz. Juni 15. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1775.
62. Burnam, C. F., Corpus Luteum Extract with suggestions as to its use in Gynecologic practice. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 9. Aug.
63. Burow, Irrigal. Berl. klin. Wochenschr. 1911. Nr. 22.
64. Byers, J., Die Vakzinebehandlung bei entzündlichen Erkrankungen der Uterusadnexe, ganz besonders bei Frühfällen. 80. Jahresversamml. d. Brit. Med. Assoc. in Liverpool. Sitzg. vom 24. Juli. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2130.
65. Bylicky, Über willkürliche Einschränkung der weiblichen Fruchtbarkeit. Nowiny Lekarsky. 1910. Nr. 12.
66. Callano, M., Der Einfluss einer aseptischen serösen Entzündung auf die Catgutauflösung. Inaug.-Diss. Berlin. Aug.-Sept. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2303.
67. Cannaday, J. E., A review of the History of the iodine Methods of skin sterilization. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 65. Nr. 1. Jan.
68. Cary, The conservative treatment of Gonorrhoea in woman. Amer. Journ. of Surg. Dec. p. 373.
69. Chambard (de Chartres), Linite plastique généralisée. Rev. de gyn. Tome 17. Nr. 6. p. 525.
70. Clarke, C., Spirilization of the Skin by spirituous solution of Mercury perchloride. Brit. med. Journ. p. 764.
71. Claudius, M., Jodchromcatgut. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 22. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1342.
72. Colmers, Über Pantopon-Skopolamin-Lokalanästhesie bei Bauchoperationen, besonders bei der Appendektomie. Zentralbl. f. Chir. Nr. 8. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 601.
73. Cholodkowsky, Geburtshilfe und Gynäkologie in der Landschaftsmedizin des Gouvernement Woronesh in den Jahren 1902 und 1908. Journ. akusch. i shensk. boles. Jan. (H. Jentter.)
74 Colorni, Le hemorragie ginecologiche. Lucina. Nov. p. 161.
75. Dalton, J. A., Jodine as the sole preparation and dressing for operation wounds. Brit. med. Journ. p. 765.

76. Decker, C., Experimentelle Beiträge zur Kollargoltherapie. Inaug.-Diss. Bonn 1910. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40.
77. Delice la Torre, Über die histologischen Veränderungen der Gewebe des Uterus unter der Wirkung von als uteruskontraktionserregend betrachteten Substanzen. Gyn. Rundschau. Heft 10. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40.
78. Dembskaja, W. E., Weitere Beobachtungen über die Wirkung spezifischer Vakzine bei gynäkologischer Gonorrhoe. Journ. akusch. i shensk. bol. Juli-August. (Dembskaja berichtet über 200 Beobachtungen über die Wirkung spezifischer Vakzine bei Gonorrhoe. Dem opsonischen Index spricht sie jeglichen diagnostischen Wert ab (Symbiose der Gonokokken und Leukozyten). Die Bordet-Gengonsche Reaktion ist spezifisch. Damit die Reaktion deutlich positiv ausfalle, muss der krankhafte Prozess auf eine gewisse Tiefe in den Organismus gedrungen sein und zirkumskripte Herde gegeben haben, und ferner muss eine gewisse Zeit seit Beginn der Infektion verflossen sein. In Fällen, wo die untersten Abschnitte des Urogenitalsystems affiziert sind und wo freier Abfluss der Sekrete gesichert ist, ist das Resultat der Vakzinetherapie wenig bemerkbar. Bei abgekapselten Herden dagegen sind die Resultate glänzend. Die Vakzinetherapie kann auch bei Mischinfektion von Erfolg sein.)
(H. Jentter.)
79. Descomps, Die Blutstillung bei Operationen am Uterus und an den Adnexen. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Févr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47.
80. Deverre, Behandlung gewisser Fälle von Dysmenorrhoe und Sterilität. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. 1911. Nr. 10. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1282.
81. Diebold, F., Inhalationstechnik und Inhalationstherapie. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 8.
82. Dienes, L., Über Tiefenwirkung des Formaldehyds. Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. Bd. 73. Heft 1. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2740.
83. Douglas, H., Stewart, Aseptische oder antiseptische Hände in der geburtshilflichen Praxis? Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 631.
84. Dreyer, Über Untersuchungen über Zahl, Art und Virulenz der aus aseptischen Operationswunden bei dem heutigen Desinfektionsverfahren züchtbaren Bakterien. 41. Chirurgenkongr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 634.
85. Dudgeon und Pauton, Ein Diplococcus aus dem Urogenitaltrakt. Lancet. Dec. 16. 1911. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 893.
86. Dufaux, Zur Diagnose der chronischen Gonorrhoe des äusseren Urogenitale beim Weibe. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 5. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 382.
87. Duffek, E., Untersuchungen über septische Thrombosen. Arch. f. Gyn. Bd. 96. Heft 2. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2241.
88. Dungern, Über Serodiagnostik der Geschwülste mittelst Komplementablenkungsreaktion. II. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 20.
89. Duprat, Verspätete Pubertät in ihren Beziehungen zur Fruchtbarkeit und Menopause. Thèse de Paris. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1.
90. Ebeler, F., Beiträge zur Blutgerinnungsfrage. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 2.
91. Ehrlich, Zysten und Tumoren. Gyn. Rundschau. Bd. 13. p. 489. Sammelreferat.
92. — J., Vergleichungsprüfung der Dauer der Hautdesinfektion mit Alkohol und Jodtinktur. Inaug.-Diss. Berlin. Juni.
93. Eisenmenger, R., Die Bedeutung der Druck- und Saugmassage des Bauches. Zeitschrift f. physik. u. diätet. Therap. 1911. Bd. 15. Heft 9—12. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 272.
94. Engel, R., Les injections hypodermiques de sérum alcoolisé de „sérum-rhum“ en particulier, dans les adynamies postopératoires. La Gyn. Nr. 2. Févr.
95. Engelhorn, Ernst, Zur Frage der aszendierenden Urogenitaltuberkulose beim Weibe. Erwiderung auf die gleichnamige Arbeit von Sugimura. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 2.
96. Facilides, Alex., Myom und Fertilität. Inaug.-Diss. München, Müller u. Steinicke. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1123.
97. Falgowski, Über die Vorteile des Vaginalweges für gynäkologische Operationen an Uterus und Adnexen. p. 191—195. Verhandl. der Gyn. Sektion der poln. Naturforscherversammlung. Krakau, Juli 1911. Herausgegeben Krakau 1912.

98. Faust, E. St., Über kombinierte Wirkungen einiger Opiumalkaloide. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 46.
99. Febres, Lokale Anästhesie des Uterus mit Kokain. Presse méd. 1911. Nr. 28. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2.
100. Fellner, Thrombose und innere Sekretion. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 10.
101. Fieux, Einfache Asepsis der Gummihandschuhe. Rev. prat.·d'obst. et de péd. 25. Jahrg. Nr. 274. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47.
102. Finsterer, G., Zur Technik der paravertebralen Leitungsanästhesie. Zentralbl. f. Chir. Nr. 18. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1776.
103. Finkelstein und Gerschuny, Zur Serologie gonorrhoischer Erkrankungen. Prakt. Wratsch. Nr. 10. (H. Jentter.)
104. Fleischner, Zur Pantopon-Skopolaminnarkose. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 23.
105. Forssner, Hj., Fall von Embolie der Art. pulmonalis aus einem Thrombus der Vena spermatica entstanden. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. Nr. 8. (Silas Lindquist.)
106. Fothergill, Classification in Gynaecology. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. March. p. 129. The Lancet. March 30.
107. Franck, Ein Fall von Skopomorphinismus. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 14.
108. Fränkel, A., Asepsis — Antisepsis. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 383.
109. Fraenkel, E., Hygiene des Weibes. 2. Aufl. Berlin, Verlag Osc. Coblentz. Ref. Münchn. med. Woohenschr. p. 546.
110. Freund, H., Liquor hydrastis Bayer, ein synthetisch hergestelltes Hydrastinin. Therap. Monatshefte. Juni. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40.
111. Fried, Über einen Fall von Gonorrhoe mit seltener Komplikation. Ärztl. Verein in Nürnberg. Sitzg. vom 5. Okt. 1911. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 116.
112. Friedmann, Leo, Die Genitaltuberkulose des Weibes. Inaug.-Diss. Freiburg i. Br. Mai.
113. Friedrich, Margarete, Epiduralinjektion. Gyn. Ges. in Breslau. Sitzg. vom 12. Dez. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 517.
114. Fromme, Fr.. Über die spezifische Behandlung der weiblichen Gonorrhoe. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 21. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1241.
115. — Über die diagnostische und therapeutische Bedeutung der Gonokokkenvakzine bei der Gonorrhoe der Frau. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 8. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1187.
116. Fromme und Collmann, Die diagnostische und therapeutische Bedeutung der Gonokokkenvakzine bei der Gonorrhoe der Frau. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Bd. 4. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 480.
117. Funk-Brentano und Planchu, Traitement de la stérilité chez la femme. La gyn. Oct.-Nov.
118. Galli, Über die Technik der endovenösen Injektionen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 42.
119. Gardner, H. B., Atropin und die offene Methode der Äthernarkose. Brit. med. Journ. Febr. 24. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1877.
120. Mc Gavin, Lawrie, Die Spinalanalgesie mit und ohne Beihilfe durch Inhalationsnarkose beim Bauchschnitt. Brit. med. Journ. Dec. 23. 1911. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 946.
121. Geissler, Luminal, ein neues, subkutan anwendbares, starkwirkendes Hypnotikum. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17.
122. Gennerich, Klinische Beiträge zur Kollargolbehandlung des Tripperrheumatismus und anderer akuter Folgezustände des Trippers. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 15.
123. Gius, Modifikation des apparatlosen Desinfektionsverfahrens nach Dörr und Raubitschek (Formalin-Kaliumpermanganat-Verfahren). Wissenschaftl. Vereinigung am städt. Krankenhause zu Frankfurt a. M. Sitzg. vom 16. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1520.
124. Glasgow, Gonorrhoa in women. Med. Record. April. p. 758.
125. Göbell, Über freie Faszientransplantation. Med. Ges. zu Kiel. Sitzg. vom 9. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1577.
126. Goldmann, G., Über Thromboembolie nach gynäkologischen Operationen. Inaug.-Diss. Heidelberg 1910. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43.

127. Golubinin, Pathogenese, Symptomatologie und Therapie der Enteroptose. Med. Obosr. Nr. 3. (Golubinin unterscheidet zwei Typen von Enteroptose: eine kongenitale, häufiger vorkommende, und eine erworbene. Es gibt einen Habitus enteroptoticus (sehr ähnlich dem H. phtisicus). Eine charakteristische Eigenschaft solcher Organismen ist die gesteigerte Innervation seitens des autonomen Systems (Vagotonia). Die erworbene Form wird durch eine lange Reihe von Momenten bedingt. Unter den Folgen der Enteroptose nennt Golubinin Neigung zu Appendizitis. Bandagen helfen hauptsächlich bei erworbener Ptose. Operative Behandlung ist nur in exzessiven Fällen angezeigt.) (H. Jentter.)

128. Görl, Über eine neue desinfizierende Seife: Afridolseife. Nürnberger med. Ges. u. Poliklinik. Sitzg. vom 26. Okt. 1911. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 169.

129. Goutermann, Neuer Handgriff zur Narkose. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 24. Heft 1. Jena 1911. G. Fischer. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 35.

130. Gray, H. M. W., Omnopon (Pantopon), ein wertvolles Hilfsmittel bei der Lokalanästhesie. Lancet. Sept. 2. 1911. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 44.

131. Gregory, Lumbalanästhesie im Alexander-Hospital im Jahre 1909. Chir. Arch. Weljaminowa. II. (Bericht über 432 Fälle. Verf. stellt aus der Literatur 36 480 Fälle zusammen mit 48 Todesfällen; davon fallen nur 19 der Anästhesie zur Last (1 : 1973). Die geringste Sterblichkeit gibt das Tropakokain (1 : 3095), die beste Lösung ist die ½ %ige; davon genügen 5—10 ccm). (H. Jentter.)

132. Grinenko und Rybak, Die Lumbalanästhesie in der chirurgischen Abteilung des städtischen Maria Magdalena-Hospitals. Chir. Arch. Weljamin. II. (Bericht über 764 Fälle. Es wurde 1½—2 ccm einer 5 %igen Novokainlösung eingespritzt. 10mal konnte die Injektion nicht ausgeführt werden, 47mal war die Anästhesie nicht voll, 680mal war sie tadellos (90 %). Kein Todesfall; einmal tiefer Kollaps. Die günstigen Resultate werden erklärt durch geringe Dosen Novokain (bis 0,1) und durch Einschränkung der Indikationen (Operationen an der unteren Körperhälfte.) (H. Jentter.)

133. Gros, O., Über Narkotika und Lokalanästhetika, über die Beständigkeit der Basen, der Lokalanästhetika in Lösung und über die Wirkung verschiedener Novokainsalze. Arch. f. experim. Path. u. Pharm. Bd. 67. Heft 2. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 551.

134. Gross, A., Blutdruck und Prognose bei gynäkologischen Operationen. Hegars Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 17. Heft 3. Leipzig, G. Thieme.

136. Grunert, Über Allgemeinnarkose. Ges. f. Natur- u. Heilk. zu Dresden. 22. Sitzg. vom 30. März.

137. Guggisberg, Zur Frage der Vakzinetherapie und Vakzinediagnose der Gonorrhoe. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. p. 1207.

138. Guy, W., Soodall A., und H. S. Reid, Der Blutdruck während der Narkose. Edinb. Med. Journ. Aug. 1911. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 107.

139. Györy, Ilona, Betegoizsgálat a fürdöorvosi praxisban. Budapesti Orvosi Ujság, Szülészet és Nögyógyászat. Nr. 3. (Bericht über verschiedene Fälle, wo während einer Badekur Abort auftrat und Hinweis auf die Wichtigkeit der Untersuchung durch den Kurarzt, selbst wenn die Kranke durch einen Arzt ins Bad geschickt worden war.) (Temesváry.)

140. Hantke, Darmprolaps nach vaginaler Totalexstirpation. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 24. Nov. 1911.

141. Hare, The therapeutic application of the ductless glands. Amer. Journ. of Obst. X. p. 514.

142. Heimann, F., Experimentelle Beiträge zur Prophylaxe und Therapie der septischen Infektion. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 71. Heft 3. Stuttgart, F. Enke. Münchn. med. Wochenschr. p. 2296.

143. — Weitere Studien über die Wirkung der Antistreptokokkensera. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 42.

144. Heinrich, Neue Okklusiv-Spüldilatatoren zur Behandlung der weiblichen und der männlichen Harnröhrengonorrhoe. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37.

145. Hellendall, Der Handschuhsaft. Klinische und bakteriologische Beiträge zur peritonealen Wundinfektion. VI. internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. in Berlin.

146. Hellendall, H., und W. Fromme, Der Handschuhsaft. Klinische und bakteriologische Beiträge zur peritonealen Wundinfektion. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48.

147. Helm, H., Unsere Lumbalanästhesie. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 81. Tübingen, Laupp. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2882.
148. Herb, J. C., Die Wahl eines Anästhetikums. Surg., Gyn. and Obst. XV. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1775.
149. v. Herff, Was leistet der „verschärfte Wundschutz" im Frauenspital Basel-Stadt? Der Frauenarzt. Heft 9.
150. Hilffert, Walter, Über traumatische Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Urogenitaltuberkulose. Inaug.-Diss. Heidelberg. Nov.-Dez. 1911.
151. Hirsch, J., Über die Anwendung des Hypophysenextraktes in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Therap. Monatshefte. Nov.
152. Hirsch, M., Frauenerwerbsarbeit und Frauenkrankheit. VI. internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. in Berlin.
153. — Was ist Frauenkunde? Zentralbl. f. Gyn. Nr. 49.
154. Hirschberg, A., Zur Salizyltherapie in der Gynäkologie. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 23. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1341.
155. Hoehne, Zur Diagnostik der Genitaltuberkulose. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. Hamburg, 11. Nov. 1911. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 487.
156. Hoffmann, A., Experimentelles und Klinisches zur Desinfektion des Operationsfeldes mit Thymolspiritus. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 76. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1134.
157. Hoffmann und Budde, Über Jodtinktur-Catgut. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 13. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 834.
158. Hofmann, R. v., Über die Einwirkung von gallensauren Salzen auf Gonokokken. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 44. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2526.
159. Hohmann, W., Die künstliche Sterilisierung des Weibes. Inaug.-Diss. Heidelberg 1910. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46.
160. Holzinger, F., Über Sterilisationsfähigkeit der osmotischen Ströme. Samml. von Arbeiten über Geburtshilfe und Gynäkologie. Festschrift, dem Prof. Dr. O. v. Ott bei Gelegenheit seiner 25jährigen Tätigkeit gewidmet. Teil II. Petersburg 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 780.
161. Hörrmann, Die orthopädische Beckenbauchbinde nach Brasco mit Demonstration. Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. München. 7. Juli. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1227. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 36.
162. Hübschmann, Gonokokkensepsis mit Endokarditis. Med. Ges. zu Leipzig. Sitzg. vom 6. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 841.
163. Hüssy, P., Ein neuer Seifenspiritus mit hoher Desinfektionskraft. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 69. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 179.
164. Hüffell, A., Über Thrombose und Embolie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 3.
165. — Vakzinediagnostik und Therapie der chronischen Gonorrhoe beim Weibe. Sammelreferat. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 3.
166. Hug, E., Über die Wirkung des Skopolamins. Zeitschr. f. Tuberkulose. Bd. 18. Heft 6. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1726.
167. Hugh, A., Baldwin, Jod in der Chirurgie. Interstate med. Journ. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1133.
168. Hunter, The role of the treatment of infertilitas feminae. Amer. Surg. July. p. 277. August. p. 309.
170. Jaklin, Zur Keimprophylaxis in der Chirurgie. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 51.
171. Jarowoj, Ein Modell der weiblichen Genitalorgane und ein gynäkologisches Phantom. Russki Wratsch. Nr. 2. Sitzg. d. geb.-gyn. Ges. zu Kiew. (H. Jentter.)
172. Jaschke, Pituitrin als postoperatives Tonikum, mit besonderer Berücksichtigung der Blasenfunktion. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 30.
173. Jayle, F., Etude de mensurations chez les femmes atteintes d'affections gynécologiques. Revue de Gyn. Oct.
174. Jelkin, M. W., Die Vakzinetherapie gonorrhoischer Affektionen der Uterusadnexe. IV. Kongr. russ. Gyn. u. Geb. in St. Petersburg vom 16.—18. Dez. 1911. Journ. akusch. i shensk. bol. Juli-August. (Jelkin kommt auf Grund seiner Erfahrungen an 278 Fällen zu folgenden Schlüssen: Die Gonokokkenvakzine ist ein spezifisches Mittel bei Gonorrhoe. Die Spezifizität der Vakzine wird bewiesen durch das Auftreten der Herdreaktion bei der diagnostischen Probe (Vakzinodiagnostik) und in Fällen, in denen die Diagnose der Gonorrhoe auf andere Weise (Ausstrichpräparate, Kulturen) absolut

gesichert ist. Die besten Resultate werden erlangt bei aktiver Immunisierung durch allmählich steigende Dosen bei Patientinnen, welche gonorrhoische Erkrankungen der Tuben, Ovarien und Residua einer Perimetritis aufweisen, wobei Fälle abgekapselter Infektionsherde mit nicht sehr dicken Wandungen am günstigsten verlaufen. Die vergrösserten Adnexe werden kleiner, häufig bis zur Norm; die Schmerzen schwinden; der Charakter der Ausscheidungen verändert sich. Die Residuen gonorrhoischer Perimetritis werden weicher, nachgiebiger, schmerzloser, dehnbarer und geben nach genügender Immunisierung keinerlei Exazerbationen, sogar nach Vibrationsmassage. Die Erfolge der Vakzinotherapie müssen gewürdigt werden nicht nur vom Standpunkt vollkommener Genesung, sondern auch vom Standpunkte symptomatischer Besserung und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit.) (H. Jentter.)

175. Jentter, Einige Worte über die Aufgaben der Gynäkologie. Wratsch. Gaz. Nr. 35—36. (Verf. betont die Notwendigkeit, Prophylaxe zu üben auf allen Gebieten der Gynäkologie.) (H. Jentter.)

176. Jewstifejewa, 26 Fälle von intravenöser Äthernarkose. Russki Wratsch. Nr. (Technik nach Kümmell.) (H. Jentter.)

177. Johannsen, Zur Pantopon-Skopolamin-Narkose. Med. Obosr. Nr. 8. (Es gelingt mit dieser Narkose ohne Äther nicht, gynäkologische Operationen zu machen. Bei vaginaler Operation genügt es, mit Äther die Kranken bis zum Schwinden des Kornealreflexes zu bringen. Weiterhin genügen minimale Ätherdosen. Bei Laparotomien wird während der Operation ebensoviel Äther verbraucht, wie im Beginn der Narkose. Der Schlaf ist ruhig; Speichelfluss fehlt. Puls und Atmung bleiben unverändert. Nach der Operation bleibt die Empfindlichkeit gegen Schmerz im Laufe eines Tages herabgesetzt. Erbrechen wird nur ausnahmsweise beobachtet. Durch das Pantopon werden weder Stuhl noch Gase aufgehalten.) (H. Jentter.)

178. John, Über therapeutische Erfolge bei Blutungen, hämorrhagischer Diathese und perniziöser Anämie durch Injektion von Serum bezw. defibriniertem Blut Gesunder. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 4.

179. Jolly, R., Zur Technik der Fettbauchoperation. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 37—38. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2122.

180. Jonnesco, Die allgemeine Rachianästhesie. Acad. de méd. Sitzg. vom 10. Okt. 1911. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 61. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 19. La Presse méd. Nr. 2.

181. Josephson, C. D., Drei Fälle von freier akuter eitriger Peritonitis, von den Genitalien ausgegangen. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. Nr. 7. (Silas Lindquist.)

182. — Ein Missgeschick nach vaginaler Totalexstirpation. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiae. Nr. 12. (Platzens der Vaginalnarbe mit Vorfall von Dünndärmen bei Untersuchung mit Spekulum einen Monat nach der Operation.) (Silas Lindquist.)

183. — Beiträge zur Lehre der Sterilität des Weibes. Hygiea. Nr. 11. (Silas Lindquist.)

184. Irons, E. E., A cutaneous reaction in gonococcal infections. Journ. of the Amer. med. Assoc. March 30. Nr. 13.

185. Isenberg, E., Über die Methoden der künstlichen Sterilisierung des Weibes. Inaug.-Diss. Tübingen 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1095.

186. Jung, Die Behandlung der klimakterischen Beschwerden des Weibes. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 15. p. 689.

187. — Behandlung der Entwicklungsstörungen der weiblichen Geschlechtsorgane. Handb. d. ges. Therap. Penzoldt-Stintzing. p. 261.

188. Jung, Ph., Erwiderung auf dieselbe Arbeit. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 2. (Bezug wird in diesem Artikel genommen auf die Arbeit von Engelhorn, Ernst, Zur Frage der aszendierenden Urogenitaltuberkulose beim Weibe.)

189. Junghanns, Über Protargolersatz. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 38. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2183.

190. Kakuschkin, Die Gynäkologie als Lehre vom Weibe. Russki Wratsch. Nr. 46. (Verf. betont die soziale Seite der Gynäkologie, als Lehre von der Prophylaxe der Frauenleiden im weitesten Sinne.) (H. Jentter.)

191. Katzenbogen, C., Über die prognostische und diagnostische Bedeutung der Antitrypsinbestimmung im Blutserum. Inaug.-Diss. Strassburg i. E. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 220.

192. Kaufmann, B., Ein Beitrag zur therapeutischen Anwendung von Jod in statu nascendi. Berl. klin. Wochenschr. 1911. Nr. 50.
193. Kausch, W., Warnung vor „zugfestem" Catgut. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 43.
194. Kehrer, F. A., Chirurgie der Sterilität. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 46.
195. Keilpflug, Leukrol in der gynäkologischen Praxis. Med. Klinik. Nr. 2.
196. Kelly, R. E., Die intratracheale Ätherinsufflationsnarkose. Brit. med. Journ. July 26. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2696.
197. Kirchhoff, W., Das atoxylsaure Silber in seiner Wirkung auf Streptokokkeninfektion. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 71. Heft 3. Stuttgart, F. Enke. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2296.
198. Kirchner, W. C. G., Die Behandlung der Gleithernie. Verhandl. der amer. Vereinigung von Geb. u. Gyn. Louisville. 26.—28. Sept. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 211.
199. Klein, G., Alte Meister der Medizin und Naturkunde. Bd. 4 u. 5. Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. München, 7. Juli.
200. Klein, S., Bemerkungen über die Hämophilie der Weiber und deren Behandlung. Gaz. Lekarska. Nr. 25, 26, 27, 28. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
201. Kleinschmidt, Experimentelle Untersuchungen über Luftembolie. 41. Kongr. d. Deutsch. Ges. f. Chir. zu Berlin vom 10.—13. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 949.
202. Klepatsky, O., Über Joddesinfektion. Inaug.-Diss. Genf 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47.
203. Koblank, Tierversuche über die Beeinflussung des Sexualsystems durch nasale Eingriffe. 84. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte zu Münster i. W.
204. Koch, C., Erfahrungen über die Behandlung des postoperativen Meteorismus mit Peristaltin- und Physostigmininjektionen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40.
205. Koch, C., und W. Klein, Zur Therapie der weiblichen Hämophilie. Gyn. Rundschau. Jahrg. VI. Heft 16. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2242.
206. Kochanow, Bericht über die Tätigkeit der chirurgisch-gynäkologischen Abteilung des Stadthospitals zu Astrachan (1908—1909). Journ. akusch. i shensk. bol. Nov. (H. Jentter.)
207. Kolinski, Über Allgemeinbehandlung der sogenannten Frauenkrankheiten. Przeglad chir. i gin. Bd. 7. Heft 3. p. 317—325. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
208. Korowitzky, Über innere Sekretion der Geschlechtsdrüsen. Wratsch. Gaz. Nr. 13. Sitzungsber. d. Ges. russ. Ärzte zu Odessa. (H. Jentter.)
209. Kraemer, F., Zur Frage der prämonitorischen Symptome der Thrombosen bezw. Embolien. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 28. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1678.
210. Krawkow, N., Über die Anwendung des Polygonum Hydropiperis bei inneren Blutungen. Russki Wratsch. Nr. 7. (Krawkow empfiehlt warm das Extr. fluid. Polygoni Hydropiperis bei Blasen-, Magen- und Hämorrhoidalblutungen, sonderlich aber bei starken Regeln Myomkranker. Bei Dysmenorrhoe hat das Mittel auch schmerzstillende Wirkung. Versuche an isolierten Organen haben erwiesen, dass sowohl der Extrakt, als auch seine Komponenten keine vasokonstriktorische Wirkung besitzen. Krawkow meint, dass unter dem Einfluss des Mittels die Gerinnungsfähigkeit des Blutes verändert wird.) (H. Jentter.)
211. Krebser, Über Wundbehandlung mit dem Mastixverband. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 79. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47.
212. Kretschmer, Zur Kenntnis der Hormonalwirkung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 9.
213. Kreurich, János, Operált nögyógyászati esetek. Aus der Sitzung des Siebenbürger Museum-Vereins am 26. Okt. Ref. Orvosi Hetilap. Nr. 51. (Bericht über drei Operationen: 1. Ein vereitertes, intramurales Fibrom. 2. Extrauterinschwangerschaft. 3. Echinococcus des Beckens.) (Temesváry.)
214. Kreuter, Zur Theorie der Narkose. 2. Tagung der Vereinigung bayr. Chir. in München am 6. Juli.
215. Kriwsky, Bericht über die operative Tätigkeit der gynäkologischen Abteilung des Obuchow-Hospitals vom 20. März 1911 bis zum 1. Januar 1912. Journ. akusch. i shensk. boles. Sept. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu Petersburg. (572 gynäkologische und 1332 geburtshilfliche Operationen. Köliotomien waren darunter 239 (170 Leibschnitte und 69 vaginale Operationen [darunter 24 vaginale Kaiserschnitte.]) (H. Jentter.)

216. Kriwsky, Diskussion. Journ. akusch. i shensk. boles. Jan. (1. Kolpokystotomie. Der in der Blase diagnostizierte Fremdkörper erwies sich als ein Marlytampon, welcher bei der vor fünf Jahren ausgeführten Totalexstirpation des Uterus in der Bauchhöhle zurückgelassen worden ist. 2. Fremdkörper durch Kolpokystotomie entfernt. Derselbe erwies sich als Haarnadel mit Phosphaten inkrustiert.) (H. Jentter.)
217. Kroemer, P., Die Indikationen der chirurgischen Behandlung bei der Genitaltuberkulose. VII. internat. Kongr. gegen die Tuberkulose in Rom. 14.—19. April. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 621.
218. — Die Korpusamputation als typisches Sterilisationsverfahren bei Tuberkulose. Frauenarzt. 1911. Heft 3.
219. — Zur Frage der prämonitorischen Symptome der Thrombosen bezw. Embolien. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 28. p. 1328.
220. Kubesch, K., Experimentelle Untersuchungen über die Beziehungen des Staphylococcus pyogenes aureus zur infektiösen Venenthrombose. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 75. Heft 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43.
221. Kuhn, F., Prophylaxe der Thrombose durch Luftdruckdauermassage (Hochdruckmassage und künstliche Zirkulation). Zentralbl. f. Gyn. p. 848.
222. Kuhnow, Über Ovaradentriferrin „Knoll". Der Frauenarzt.
223. Kulenkampff, D., Über den Chloräthylrausch. Deutsche med. Wochenschr. 1911. Nr. 46.
224. — Über die Verwendung des Stadium analgeticum der Äthylchloridnarkose. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 73. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2.
225. Küster, H., Die Störungen der Blutgerinnung. Habilitationsschr. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2.
226. — Über Wesen und Frühsymptome der Thrombose und Embolie. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 51. 1911.
228. Küster und Geisse, Bakteriologische Untersuchungen über Handdesinfektion nach der „Bolusmethode Liermann". Deutsche med. Wochenschr. Nr. 34. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1976.
229. Kuschtalow, Die Beziehungen der Hyperplasie zur Atrophie. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Dez. (Kuschtalow analysiert vier genau beschriebene Fälle: 1. Bei der Sektion einer 78jährigen Frau wurde im Fundus des atrophierten Uterus ein gutartiger drüsiger Tumor gefunden, welcher, wie es scheint, auf Grund der die hochgradige Atrophie begleitenden regenerativen Prozesse entstanden war. Die mikroskopische Untersuchung weist deutlich atrophische und hyperbiotische Prozesse nach. Polypöse Wucherungen der Uterusschleimhaut wurden in 20,1 % aller Sektionen alter Frauen gefunden. 2. Leiche eines 17jährigen tuberkulösen atrophischen Mädchens. Makro- und mikroskopisch gänzliche Atrophie der Genitalien. Proliferation der Zellelemente in der rechten Bartholinschen Drüse und der Schleimhaut neben dem Hymen. Diese hyperbiotischen Prozesse können nur entstanden sein auf Grund chronischer Veränderungen im Gewebe durch verstärkte Gewebsregeneration. Ähnliche Befunde geben auch Fall 3 und 4. Schlusssätze: Atrophische Prozesse an sich, begleitet von Regeneration, können zu hyperbiotischen Prozessen führen. Schon physiologische Prozesse enthalten Momente, welche zu pathologischen Wucherungen disponieren. Das klimakterische und senile Alter gibt Prädisposition zu Krebs ab deswegen, weil zu dieser Zeit die innigen Beziehungen der Zellelemente unter sich gelöst werden, indem einerseits Prozesse der Zerstörung, andererseits des Wiederaufbaues Platz nehmen. Welche von diesen Prozessen das Feld behaupten, hängt von einer Menge Bedingungen ab. Die in der Pathologie herrschende Lehre von der Regeneration bedarf einer kritischen Bearbeitung durch Experimente, welche eine physiologische Regeneration der Zellen auslösen können.) (H. Jentter.)
230. Kutner, R., und Schwenk, Der therapeutische und diagnostische Wert des Gonokokkenvakzins. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. Nr. 5. p. 144. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1262.
231. Labhardt, Die Azeton-Alkoholdesinfektion in der Praxis. Schweiz. Rundschau f. Med. 1911. Nr. 25. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 632.
232. Landau, L., Gynäkologischer Befund und spezialistische Behandlung. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 37 u. 38.
233. Landau, Th., Amenorrhoe und Gynäkologie. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 37—38. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2122.

234. Langer, Über die Haltbarkeit von Skopolaminlösungen in Ampullen. Therapeut. Monatshefte. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1237.
235. Lapeyre, Tuberkulose des Genitalapparates. Internat. Tuberkulosekongress vom 18. April.
236. Lardy, E., Über die Jodtinktur in der Berner Schule. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 116. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47.
237. Lay, Die Anästhesierung durch intramuskuläre Ätherinjektionen. Il policlinico. 9. Juni. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2358.
238. Leopold, G., Über maligne Tumoren nach Injektion von Reinkulturen von Blastomyzeten und über maligne Tumoren bei Tieren nach Implantation menschlichen Karzinoms. Arch. f. Gyn. Bd. 96. Nr. 3.
239. Lepechin, Zur Ätiologie der Magengrubenkrankheit. Prakt. Wratsch. Nr. 14. (Die Magengrubenkrankheit ist eine reflektorische Neuralgie, hervorgerufen durch narbige Parametritis. Behandlung — gynäkologische Massage.) (H. Jentter.)
240. Lewin, Carl, Über Ferment- und Chemotherapie der bösartigen Geschwülste. Therap. d. Gegenw. 1911. Sept. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 833.
241. Licini, C., Bakteriologische Untersuchungen über Händedesinfektion nach Novaro. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 24. Heft 1. Jena 1911. G. Fischer. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 34. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 76.
242. Loewenfeld, L., Über das eheliche Glück. Wiesbaden, J. F. Bergmann.
243. Lovrich, Jozsef, Mit tür el a hashártya, mit nem? Orvosi Hetilap. Nr. 30,31. (Zusammenfassender Bericht über die neuesten Mitteilungen betreffs Versorgung des Bauchfells bei Laparotomien und Schilderung der Operations-Einrichtungen an der I. Frauenklinik in Budapest. Die Motralität betrug bei 960 Köliotomien 8,3 %.) (Temesváry.)
244. Lowas, Th. F., Chirurgische Winke. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. 1911. Oct.
245. Luys, G., Traité de la blennorrhagie et de ses complications. Paris 1911. Doin.
246. Mars, A. v., Die Frage des chirurgischen Vorgehens bezüglich des Peritoneum in dem Berliner internat. gyn. Kongr. Lwowski Tygodnik Lekarski. Nr. 46. p. 751 ff. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
247. Mc Cann, F. J., The surgical treatment of sterility in women. The Lancet. Jan. 27.
248. Mc Donald, Sterility in women. New York med. Journ. 1911. Nr. 26 u. 27.
249. Mc Gavin, Lawrie und Ralph D. O'Leary, Bericht über 500 Operationen in Spinalanalgesie mit Stovain-Glukoselösung. Practitioner. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1234.
250. Macnaughton-Jones, M. D. A., Retrospekt. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Festnummer.
251. Mc Pherson, Medical statistics 1910—1911. Bull. of the Lying-in Hospital of New-York. June. p. 24.
252. Madden, F. C., Jodine as a dressing for operation wounds. Brit. med. Journ. p. 765.
253. Madshuginsky, Der gegenwärtige Stand der Frage über die künstliche Befruchtung beim Weibe. Wratsch. Gaz. Nr. 51. Sitzungsber. d. Ges. russ. Ärzte zu Moskau. (H. Jentter.)
254. Maiss, Echinococcus der Bauchhöhle und des Beckenbindegewebes. Gyn. Ges. in Breslau. 21. Nov. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 115.
255. Malins, Ed., A short review of obstetrics and gynaecology. 1887—1912. The Lancet. Dec. 28.
256. Mantelli, Über die Pantopon-Skopolamin-Chloroformnarkose. Gaz. degli osped. etc. 1911. Nr. 155.
257. Maltanowsky, Die Resultate der Anwendung der Lumbalanästhesie. Wratsch. Gaz. Nr. 27. (Die Lumbalanästhesie weist, bei der heutigen Technik, nicht mehr die Gefahren auf, welche ihr früher eigen waren; ihr Anwendungsgebiet muss deshalb erweitert werden. Es gibt keine allgemeinen Kontraindikationen gegen Lumbalanästhesie, ausser septikopyämischen Prozessen (bei letzteren schafft das Trauma einen Locus minoris resistentiae für den betreffenden Mikroorganismus). Besonders wertvoll ist die Lumbalanästhesie in der Landschaftspraxis, wo sie dem Arzt ermöglicht, allein zu arbeiten.) (H. Jentter.)
258. Marquis, E., Die ausschliessliche Desinfektion der Hände mit Alkohol ohne vorherige Seifen- oder andere Waschung. Revue de chir. Févr. et Mars. Rev. Müchnn. med. Wochenschr. p. 2835.

259. Martin, A., Zur Bewertung und Behandlung der Gonorrhoe der Frau. Med. Klin. Bd. 49. p. 1879.
260. — Zum VI. internationalen Gynäkologenkongress, 9.—13. Sept. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Festnummer.
261. Mayer, A., Die Tuberkulose in Gynäkologie und Geburtshilfe. Med.-Naturwissenschaftlicher Verein Tübingen. Sitzg. vom 12. Febr. Erschienen in „Der Frauenarzt". Heft 6.
262. Meidner, S., Neuere Publikationen zur Chemotherapie der malignen Geschwülste. Therapie d. Gegenw. Aug. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40.
263. Menge, K., Die Gonorrhoe des Weibes. Handb. d. Geschlechtskrankh. von Finger, Jadassohn, Ehrmann und Grosz. Wien, A. Hölder 1910.
264. Menzer, A., Allgemeines und Besonderes über Vakzinetherapie. Med. Klinik. Nr. 8.
265. — Die Vakzinetherapie der Gonorrhoe. Verein der Ärzte in Halle a. S. Sitzg. vom 7. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1463.
266. Merkuriew, W. A., und Silber-Charkow, S. M., Die Anwendung der Gonokokkenvakzine bei Gonorrhoe. Wiener klin.-therapeut. Wochenschr. Nr. 28. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 157.
267. Michaelis, H., Zur Frage der prämonitorischen Symptome vor Thrombose und Embolie. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. p. 286.
268. Michelsohn, Der gegenwärtige Stand der Lumbalanästhesie. Ergebn. d. Chir. u. Orthopädie. Bd. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1235.
269. Michelson, Zur Lumbalanästhesie. Chir. Arch. Weljaminowa II. (Bericht über 769 Fälle. In einem Fünftel der Fälle traten Komplikationen ein, meistens Kopfschmerz, Erbrechen, Kollaps. Vier Todesfälle können mit der Anästhesie in Beziehung gebracht werden. (Dosis: 0,056—0,06 Stovain, bei Trendelenburgscher Lage). Der Arbeit ist ein Literaturverzeichnis von 260 Nummern beigegeben.)
(H. Jentter.)
270. Michin, Die Calmettesche Methode in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Journ. akusch. i shensk. boles. Jan. (Michin führt die Meinungen von 96 Autoren über die Calmettesche Reaktion an. Seine Erfahrungen, die er an 35 Fällen machte, fasst er wie folgt zusammen: Die Ophthalmoreaktion ist nicht ausschlaggebend für die An- resp. Abwesenheit von Tuberkulose irgendwo im Organismus, weil sie in einigen Fällen positiv ausfiel, wo gar kein Verdacht auf Tuberkulose aufkam; andererseits war sie negativ in Fällen, wo Tuberkulose auf dem Operationstische festgestellt wurde. Die Ophthalmoreaktion ist für gesunde Augen völlig unschädlich, sogar bei Wiederholung derselben nach 10—12 Tagen. Ein positives Resultat der Reaktion ist lange noch keine absolute Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung: ausschlaggebend ist das klinische Bild (aktive Tuberkulose oder latente Herde). Besonders interessant sind die Fälle von Genitaltuberkulose, in denen nach Exstirpation des tuberkulösen Herdes (Tube) die Reaktion negativ ausfiel, nachdem sie vor der Operation + gab. Die Fähigkeit der einzelnen Organismen, eine mehr oder minder ausgeprägte Reaktion zu geben, als auch die dazu notwendige Zeit, sind verschieden (Minimum 6, Maximum 24 Stunden). Immerhin kann die Reaktion in der Diagnosestellung von Bedeutung sein, ebenso wie es ein Wahrscheinlichkeitssymptom bei der Diagnosestellung auf Schwangerschaft tut. Für Fälle, wo andere Anhaltspunkte fehlen, ist sie zu empfehlen, um so mehr, als sie technisch leicht, billig und unschädlich ist. Eine Verschlimmerung in schon bestehenden Tuberkuloseherden bei Anwendung der Ophthalmoreaktion hat Michin nicht gesehen.) (H. Jentter.)
271. Minz, Zur Skopolamin-Pantopon-Äthernarkose. Therapeut. Obosren. Nr. 7.
(H. Jentter.)
272. — Beobachtungen über die Skopolamin-Pantopon-Äther-Mischnarkose. Wratsch. Gaz. Nr. 1. Sitzungsber. des XI. Kongr. russ. Chir. (Bericht über 140 Beobachtungen. Der Schlaf ist ruhig und dauert nach Beendigung der Operation weitere drei Stunden fort. Der Konsum des Narkotikums ist gering. Es wird Äther empfohlen. Erkrankungen der Luftwege bilden eine Gegenanzeige gegen die Narkose.)
(H. Jentter.)
273. Mironow, Was hat das Antigonokokkenserum am Krankenbett geleistet? Journ. akusch. i shensk. boles. Juli-August. (Mironow spricht dem Serum jeglichen diagnostischen Wert ab. Therapeutisch hat Mironow keinerlei günstige Beeinflussung gesehen, weder bei akuter Gonorrhoe, noch bei chronischen Adnexen.) (H. Jentter.)

274. Mokin, Über intravenöse Hedonalnarkose mit der Ringerschen Lösung. Wratsch. Gaz. Nr. 49. Sitzungsber. der Phys.-Med. Ges. zu Ssaratow. (In 80 Fällen, in welchen Verf. die Ringersche Lösung benutzte, sah er keine Pulsbeschleunigung. Die Diurese war erhöht. Es wurde der Apparat nach Bobrow angewandt; die Vene wurde nicht entblösst, sondern die Nadel direkt in die Vene eingeführt. Dreimal wurden Thromben beobachtet, alle nach Entblössung der Vene. Einige Male kam Zyanose zur Beobachtung, deshalb wird empfohlen, in den ersten Minuten nicht mehr wie 50,0 der Lösung einzuführen. Nach der Operation wird bisweilen über Unruhe und Rückenschmerzen geklagt, wogegen Morphiuminjektion gut wirkt. Besonders geeignet findet Verf. diese Narkose bei eitrigen Prozessen in der Bauchhöhle.) (H. Jentter.)

275. Morris, R. T., Bemerkungen über den Gebrauch von sterilisierten tierischen Membranen in der Chirurgie. Verhandl. d. Amer. Vereinigung der Geb. u. Gyn. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. 1911. Dez. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 308.

276. Morrow und Bridgemann, Gonorrhea in Girls. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 21. p. 1564.

277. Mouroe, R. W., Todesfälle unter Chloroformnarkose. Journ. Amer. med. Assoc. Chicago. Nr. 2. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1458.

278. Muchadse, Zur intravenösen Hedonalnarkose. Chir. Jan. (21 Fälle. Schlusssätze: Gewisser Nachteile wegen kann die intravenöse Hedonalnarkose zurzeit noch nicht dem Chloroform und Äther vorgezogen werden. Sie ist anzuwenden nur, wenn letztere kontraindiziert sind. Besonders bequem und indiziert ist sie bei Operationen an Kopf, Hals und Gesicht. Operationen im Munde kontraindizieren sie. Die Technik ist komplizierter, weswegen sie nur in Kliniken vorzunehmen ist. Um Thrombose vorzubeugen, ist es ratsam, den durch die Kanüle traumatisierten Teil der Vene nach doppelter Unterbindung zu exzidieren.) (H. Jentter.)

279. Müller, Al., Vakzinebehandlung von Staphylokokkensepsis. Ges. f. innere Med. u. Kinderheilk. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2844.

280. — P., Untersuchungen über Kreislauf und Atmung in der Skopolamin-Morphium-Äther-Narkose. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 79. Heft 1. Tübingen, Laupp. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1675.

281. Muratow, Über die Verantwortung des Gynäkologen bei zufälligen Erkrankungen. IV. Kongr. russ. Gyn. zu St. Petersburg. 29.—31. Dez. 1911.

282. Nacke, W., Gibt es prämonitorische Symptome der Thrombose und Embolie? Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. Heft 1. Stuttgart, F. Enke. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2637.

283. Näcke, P., Zur Frage der sexuellen Abstinenz. Deutsche med. Wochenschr. 1911. Nr. 43.

284. Nassauer, Vaginale Pulverbehandlung. Bayr. Ges. f. Geb. u. Frauenheilk. Sitzg. vom 28. Jan. und Münchn. med. Wochenschr. Nr. 10.

285. Nenadowitsch, Die Methoden physikalisch-diätetischer Therapie. Die Frauenkrankheiten (ihr Wesen, Entstehung, Prophylaxe und Behandlung.) St. Petersburg. (H. Jentter.)

286. Neu, Behandlung der Verletzungen der weiblichen Geschlechtsorgane. Handb. d. ges. Therapie. Penzoldt, Stinzing. p. 486.

287. Neupert, Ileus im Anschluss an Beckenhochlagerung. Freie Vereinigung d. Chir. Berlins. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Vereinsbeilage. p. 1434.

288. Niepelt, A., Die Tuberkulose der weiblichen Genitalien im Kindesalter. Kasuistische Beiträge. Inaug.-Diss. Leipzig. Aug. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2476.

289. Niessen, Ad., Über Behandlung mit radioaktivem Wasser in der Gynäkologie. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. Nr. 7. (Silas Lindquist.)

290. Nitze, O., Eine neue zweckmässige Tamponbehandlung mit „Tampol Roche". Deutsche med. Wochenschr. p. 2126.

291. Nobel, E., und A. F. Hecht, Elektrokardiographische Studien der Narkose. 84. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Münster i. W. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2363.

292. Nogel, R., Über Catgutsterilisation. Zentralbl. f. Chir. Nr. 31. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1872.

293. Noguchi, Y., Über den Wert der Jodtinktur als Desinfektionsmittel der Haut. Arch. f. klin. Chir. Bd. 96. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 631.

294. Novak und Porges, Über Azetonurie bei Extrauteringravidität und bei gynäkologischen Erkrankungen. Berl. klin. Wochenschr. p. 2255.

295. Nussbaum, J., Experimentelle Untersuchungen über die Ätiologie und Prophylaxe der Narkosenlähmungen im Gebiete des Plexus brachialis. Inaug.-Diss. Freiburg 1910. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 44.
296. Oestreich, R., Die interne Behandlung mit Antituman. Zeitschr. f. Krebsforschung. Bd. 11. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 630.
297. Offergeld, H., Über Skopolamin zum Ersatz und zur Einleitung der Inhalationsnarkose. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 50. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2922.
298. Olow, J., Ein Todesfall während der Lachgassauerstoffnarkose. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 76. Heft 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1232.
299. — Ein Beitrag zu den Fragen von der Frequenz und der Behandlung der Genitaltuberkulose. Allm. Svenska Läkartidningen. Nr. 40. (19 Fälle, was 20 % von den in der Klinik zu Lund operierten Adnexkrankheiten macht. Operationsindikation: klinisch wohl begrenzte Tuberkulose und auch die Fälle, in welchen andere Organe von Tuberkulose angegriffen waren, wo aber die Genitaltuberkulose das Krankheitsbild beherrschte. Die Resultate waren im allgemeinen gute. Die meisten Patientinnen wurden nach der Operation klinisch gesund.) (Silas Lindquist.)
300. Onufriew, Kurze Übersicht über 1000 abdominale Leibschnitte, ausgeführt in Ekaterinburg von 1881—1908 (27 Jahre). Journ. akusch. i shensk. boles. Jan. (H. Jentter.)
301. Oppenheim, Über ein neues Resorbens in der Gynäkologie. (Ichthynat „Heyde"). Deutsche med. Wochenschr. Nr. 45. p. 2125.
302. Orthmann, E. G., Zur Beckenhöhlendrainage. Frauenarzt. Heft 9. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47.
303. Ottow, Zur klinischen Symptomatologie des protrahierten Chloroformtodes. St. Petersburg. med. Zeitschr. Nr 17. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1776.
304. Ozaki, Über einige Desinfektionsmethoden der Hände und des Operationsfeldes. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 115. Heft 5—6. Juni. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1777.
305. Page, Ch. M., Über die intravenöse Hedonalnarkose. Bericht über 75 Fälle. Lancet. May 11. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2641.
306. Pal, J., Über die Wirkung des Opiums, seiner Komponenten und Ersatzpräparate. K. k. Ges. d. Ärzte. Sitzg. vom 22. Nov. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2706.
307. Parádi, Ferenez, Maddöséggel kapesolatos kérdések. Gyógyászat. Nr. 39. (Ein Hinweis auf die Wichtigkeit der Sperma-Untersuchung vor der Behandlung der Frau wegen Sterilität.) (Temesváry.)
308. Parow, W., Über Thrombose der Mesenterialgefässe. Inaug.-Diss. Leipzig. Mai.
309. Patel, Traitement de la tuberculeuse de la femme. Ann. de Gyn. et d'Obst. Juin. p. 334. Revue de gyn. Août.
310. Pawlowsky, Erfolge der Desinfektion der Hände und des Operationsfeldes nach Grossich-Brunn. Russki Wratsch. Nr. 23. (Bericht über 225 Operationen; viermal vereiterte die Wunde (1,7 %). Nach der früheren Methode wurde 90 mal operiert; Eiterung trat 15 mal auf (16,7 %). Pawlowsky spricht sich entschieden zugunsten der Grossich-Brunnschen Methode aus.) (H. Jentter.)
311. Pels-Leusden, Fr., Anti- und Asepsis. Klinischer Vortrag. Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 47. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2693.
312. Perthes, G., Über Leitungsanästhesie unter Zuhilfenahme elektrischer Reizung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 47.
313. Pestalozza, Weibliche Genitaltuberkulose. Internat. Tuberkulosekongress vom 18. April.
314. Peterka, H., Die Äthylchlorid- bezw. Kelennarkose. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 81. Tübingen, Laupp. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2882.
315. Petersen, E., Ein neues Okklusivpessar. Deutsche med. Wochenschr. 1911. Nr. 42.
316. Peterson, H., Über Inhalationsnarkose, mit Berücksichtigung der vom 1. Nov 1902 bis 1. April 1911 an der Univ.-Frauenklinik zu Heidelberg angewandten Verfahren. Inaug.-Diss. Heidelberg. Sept. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2419.
317. Petren, G., Über die Ursachen der postoperativen Todesfälle. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 79. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1233.
318. Pierra, L., Die Blutstillung durch elastische Konstriktion der Taille in Geburtshilfe und Gynäkologie. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. VII. Jahrg. Nr. 8. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1772.

319. Pilod, M., Die antiseptische Kraft der Seife. Presse méd. 10 Juillet. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47.
320. Pissemsky, Bericht über die gynäkologische Abteilung des Stadthospitals des Zesarewitsch Alexander in Kiew für das Jahr 1909. (H. Jentter.)
321. — Bericht über die gynäkologische Abteilung des Stadthospitals des Zesarewitsch Alexander in Kiew für das Jahr 1910. (H. Jentter.)
322. Polubogatow, N. L., Die Anwendung des Antigonokokkenserums bei gynäkologischen Erkrankungen. Journ. f. Geb. u. Gyn. 1911. p. 1595. (Russisch.) Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1782.
323. Porembsky, Die künstliche Befruchtung. als Behandlungsmethode der Sterilität beim Weibe. Journ. akusch. i shensk. bol. Nov.-Dez. (Sammelreferat.) (H. Jentter.)
324. Posner, Zur Lokalanästhesie im kleinen Becken. Kongr. d. Deutsch. Ges. f. Chir. zu Berlin vom 10.—13. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1181.
325. — Tuberkulose des Genitalapparates. Internat. Tuberkulosekongress vom 18. April.
326. Prager-Heinrich, H., Vaginale Behandlung mit Xerase (Hefe-Bolusgemisch). Therap. d. Gegenw. Dez.
327. Propping, R., Die gegenwärtigen Erfolge bei der chirurgischen Behandlung der freien eitrigen Wurmfortsatzentzündung. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 74. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 663.
328. Proskurjakowa, Die therapeutische Verwendung der Hypophysenextrakte in der Geburtshilfe und der Gynäkologie. Russki Wratsch. Nr. 49. (Sammelreferat.) (H. Jentter.)
329. Provis, Pain in women in the iliac region and in its immediate neighbourhood. The Lancet. March 16. p. 731.
330. Prym, P., Ein Sakraltumor vom Bau eines reinen Neuroepithelioms. Frankfurter Zeitschr. f. Path. Bd. 9. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 218.
331. Puppel, E., Die Appendizitis, ihre Beziehungen zur Geburtshilfe und Gynäkologie. Ärztl. Kreisverein Mainz. Wissenschaftl. Sitzg. vom 21. Nov. 1911. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 56.
332. Putjatina, Pantopon-Skopolamin-Narkose bei gynäkologischen Operationen. Prakt. Wratsch. Nr. 15. (Bericht über 52 Fälle. Die Injektion soll nicht früher wie 1½ Stunden vor der Operation oder der Inhalationsnarkose gemacht werden. Die Patientinnen werden schläfrig und verhalten sich ruhiger zur bevorstehenden Operation. Das Exzitationsstadium bleibt aus oder ist sehr schwach ausgeprägt. Während der Narkose kommt Erbrechen nicht vor, nach der Narkose selten. Der Konsum an Äther oder Chloroform wird bedeutend herabgesetzt. Die Pupillen werden eng und reagieren schwach auf Licht, was die Kontrolle erschwert. Bei nachfolgendem Gebrauch von Chloroform wird nicht selten Zyanose und Asphyxie beobachtet. Der postoperative Verlauf ist gut, Erbrechen ist eine Seltenheit.) (H. Jentter.)
334. Quadrone, Klinische Untersuchungen über Hormonal. Das Peristaltikhormon. Gazetta degli ospedali etc. 1911. Nr. 125. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 554.
335. Reder, F., Bemerkungen über fettreiche Bauchdecken. Verhandl. der amer. Vereinigung der Geb. u. Gyn. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. 1911. Dec. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 308.
336. Reynès, L'enfumage iodé en gynécologie. Progrès méd. 1911. Nr. 59.
337. Ribbert, H., Über die Thrombose. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 34. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1975.
338. Richards, Owen, Die Routineanwendung der Spinalanästhesie, eine Studie von 500 Fällen. Brit. med. Journ. Dec. 23. 1911. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 946.
340. Ricker, G., und A. Dahlmann, Beiträge zur Physiologie des Weibes. Samml. klin. Vortr. Nr. 645/647. Leipzig, J. A. Barth. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 855.
341. Ripmann, Die medizinischen Fachmänner in ihrer Stellung zu den Juristen. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. p. 73.
342. Ritchie, J., Die Vakzinetherapie. Edinb. Med. Journ. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1931.
343. Ritter, C., Totalanästhesie durch Injektion von Lokalanästheticis im Blut. Arch. f. klin. Chir. Bd. 96. Heft 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 696.

344. Robertson, J., Die Äthertropfnarkose. Einige Verbesserungen. Lancet. Oct. 7. 1911.
345. Rood, F., Die Infusionsanästhesie: Der Nutzen der NaCl-Lösung bei der Administration von Äther. Brit. med. Journ. Oct. 21. 1911. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 945.
346. — 400 Fälle von Inhalationsnarkose mit vorheriger Verwendung von Skopolamin. Brit. med. Journ. Sept. 23. 1911. (Die Kranken erhielten 3/4 Stunden vor der Operation eine Injektion von Skopolamin-Morphium-Atropin, wurden dann im Bett eingeschläfert und schliesslich in das Operationszimmer gebracht. Am meisten bewährte sich die Einleitung der Narkose mit Chloroform und Fortfahren mit Äther. Die Narkosen waren durchaus ideale, der Ätherverbrauch ein reduzierter. Nach der Operation schliefen die meisten Patienten für mehrere Stunden. Erbrechen trat bei der Mehrzahl der Fälle überhaupt nicht auf und war bei den übrigen eine rasch vorübergehende Erscheinung.)
347. Rosenkranz, Hormonalnebenwirkungen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17.
348. Roth, Maschinelle künstliche Atmung. Berl. klin. Wochenschr. 1911. Nr. 38. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2.
349. Routh, A., Die Wichtigkeit der lokalen Desinfektion des Endometriums bei allen Beckenentzündungen. 80. Jahresversamml. d. Brit. Med. Assoc. in Liverpool. Sitzg. vom 24. Juli. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2130.
350. Roux, C., Ins Rektum perforierte, besonders tuberkulöse Pyosalpinx. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 116. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1674.
351. Rozabal, Pantoponvergiftung. Acad. med.-quirurg. esp. 29. Jan. Rev. de Med. y Cir. Práct. 21. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2071.
352. Rübsamen, Zur Technik der intravenösen Infusion. Münchn. med. Wochenschr. 1911. Nr. 49.
353. Ruge, E., Lokalanästhesie in der Gynäkologie. Vaginale Totalexstirpation des Uterus in Leitungsanästhesie. Zentralbl. f. Gyn. p. 561.
354. Runge, E., Die Narkose in der Gynäkologie. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Bd. 4. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 480.
355. Rusca, Über die Behandlung von infizierten Wunden, Phlegmonen, Panaritien und Adenitiden mir Glyzerinverbänden. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. 1911. Nr. 21.
356. Russakowa-Lwowitsch, Das Moorbad Ssaki. ein Kurort für Frauenkrankheiten. Russki Wratsch. Nr. 38. (Bericht über 519 Fälle. Fibromyom gibt keine Gegenanzeige zur Moorbehandlung ab; bei Adhäsionen ist vor der operativen Beseitigung des Tumors eine Resorption derselben mittelst Moorbädern indiziert. Bei Genitaltuberkulose gibt eine vorsichtige Behandlung mit Moorbädern guten Erfolg, wie an zwei Fällen gezeigt wird. Abgekapselte Eiterherde werden wohl grösser, schmerzhafter, die Temperatur kann steigern, im weiteren Verlauf der Behandlung aber schwinden die Schmerzen, der Tumor wird kleiner. Verf. gibt zwei Krankengeschichten, in denen nach Spaltung von Beckenabszessen und Temperaturabfall der gute Erfolg der Moorbäder zutage trat.) (H. Jentter.)
357. Russkowa-Oussowa, L. A., Die Tropfeneingiessungen von physiologischer Kochsalzlösung per rectum in der Gynäkologie. Der Einfluss derselben auf den Verlauf der akuten und subakuten Adnexerkrankungen und der puerperalen Infektion. IV. Kongr. russ. Gyn. u. Geb. in St. Petersburg vom 16.—18. Dez. 1910. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 405.
358. Rydnik, Intravenöse Hedonalnarkose bei gynäkologischen Operationen. Russki Wratsch. Nr. 6. (Bericht über 60 Operationen: 54 Köliotomien und 6 plastische Operationen im Alter von 17—57 Jahren. Ein Exzitationsstadium wurde nicht beobachtet (nur bei Hysterischen und Alkoholikern ein ganz kurzes), ebenso trat niemals Erbrechen ein. Zuerst erlischt der Pupillenreflex, später schwinden die Empfindlichkeit und die motorischen Reflexe; der Puls wird wenig alteriert; der Blutdruck (nach Riva-Rocci) sinkt unbedeutend (Maximum 25—30 mm). Die Atmung ist immer beschleunigt (28—32 in der Minute). Die Temperatur sinkt während der Operation auf 0,5 bis 1,5 °, um nach Beendigung der Operation zur Norm zurückzukehren. Die Urinsekretion ist bedeutend. Nach der Operation schliefen die Patientinnen gewöhnlich 5—6 Stunden. Es wurde weder Kopfschmerz noch Erbrechen beobachtet, im Harn weder Eiweiss noch Zylinder. Fünfmal traten Erscheinungen auf, welche an Lungen-

ödem erinnern; sie wurden jedoch leicht mit gewöhnlichen Massnahmen bekämpft. Rydnik unterstreicht die Möglichkeit genauer Dosierung. Zum Schluss schlägt sie eine Narkosen-Registrationskarte vor.) (H. Jentter.)

359. Rygier, Stephanie, Über Arthigonbehandlung der gonorrhosichen Vulvovaginitis kleiner Mädchen. Deutsche med. Wochenschr. 1911. Nr. 50.

360. Sabail, Du role des eaux de Saint-Sauveur dans la cure de la stérilité. La gynéc. Nr. 8.

362. Sabbatani, Jod als Antiseptikum und unterschwefligsaures Natron als Antidotum des Jod. Gazzetta degli osped. Nr. 53. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2126.

363. Sabatowski, Über die Wirkung des Hormonals auf die Darmbewegung. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 414.

364. Sachs, F., Zur Frage der Haltbarkeit von Skopolamin-Lösungen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 30. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1777.

365. Sajus, Ch. E. de M., Hypoadrenie als Todesursache bei Infektionen und ihre Behandlung. Monthly cyclopedia and med. bull. 1911. Dec. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1295.

366. Sack, Th., Über den Einfluss von Corpus luteum und Hypophyse (Lobus anter.) auf den Stoffwechsel. Arch. f. experimentelle Pathol. u. Pharmok. Bd. 70. Heft 4. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2749.

368. Santi, Sell' uso dell vaccino gonococcico a scopo curativo e diagnostico nella blenorrhagia femminile. La Gyn. VIII. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 614.

369. Schaeffer, R., Kritik der Händedesinfektionsmethoden. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 71. Heft 1/2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42.

370. Schaeffer, O., Die Salvarsanbehandlung in der operativen Gynäkologie. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 3.

371. Schak-Asis, Zur Kasuistik maligner Neubildungen der weiblichen Genitalien. Wratsch. Gaz. Nr. 50. (1. Bei der 50jährigen kachektischen VIIpara wurde per abdomen ein doppelseitiger Ovarialtumor zusammen mit dem Uterus exstirpiert (Panhysterektomie nach Doyen). Im Zervikalkanal wurde ein zerfallender Tumor gefunden (Carcinoma canalis cervicalis simplex). Die Ovarialtumoren geben das mikroskopische Bild des Karzinoms (welches von dem Follikelepithel ausging). Die primäre Entwickelung des Krebses in Ovarien und im Zervikalkanal hält Verf. in seinem Falle für bewiesen. 2. Bei der 51jährigen Patientin wurde ein multiples Fibromyom von der Grösse einer sechsmonatlichen Schwangerschaft diagnostiziert. Panhysterektomie nach Doyen. Mikroskopisch wurde sarkomatöse Degeneration gefunden. Verf. meint, jedes Myom müsse operiert werden, da es unmöglich ist, die bösartige Degeneration in ihrem Beginn zu diagnostizieren.) (H. Jentter.)

372. Schapiro, Zur Narkose mit Einschränkung des Kreislaufes nach Klapp. Chir. Arch. Weljamin. II. (Bericht über 500 Fälle. Hervorzuheben sind schnelleres Eintreten der Narkose, ruhiger Schlaf, geringerer Verbrauch von Chloroform und Äther. Einmal wurde Mumifikation der Haut auf der dorsalen Seite dreier Zehen beobachtet.) (H. Jentter.)

373. Schauta, Sind verstümmelnde Operationen in der Gynäkologie vermeidbar? Wiener med. Wochenschr. Nr. 1. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 438.

374. Schenk, Kastration und Adrenalingehalt der Nebennieren. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharm. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 128.

375. Schickele, Die sog. Wellenbewegung im Leben des Weibes. 84. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte zu Münster i. W. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36.

376. — Thrombose und innere Sekretion. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 4.

377. — Zur Deutung seltener Hypertomien. Med. Klinik. Bd. 31. p. 1262.

378. Schickele, G., Kritischer Rückblick über die wichtigsten Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynäkologie im Jahre 1911. Strassburg i. E. Münchn. med. Wochenschrift. p. 488—491.

379. Schildecker, Quecksilbervergiftung durch Einführung von Sublimattabletten in die Vagina. Amer. Journ. of Obst. 1911.

380. Schindler, Die Behandlung der Gonorrhoe, insbesondere mit einer wasserhaltigen Gleitmasse als Vehikel für Antigonorrhoika. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 18.

381. Schittenhelm und Weichardt, Über die Rolle der Überempfindlichkeit bei der Infektion und Immunität. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 2.

382. Schlimpert, Über die Verwendung des Narkophins in der Gynäkologie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28.
383. — H., Über Versuche mit neuen Narkosearten in der Gynäkologie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 6.
384. Schmidt, Erhardt, Über Lokalanästhesie. Ges. f. Natur- u. Heilk. zu Dresden. 22. Sitzg. vom 30. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1403.
385. Schmitt, A., Über die spezifische Behandlung der weiblichen Gonorrhoe. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 29.
386. Schneider, Carl, Unfall und gynäkologische Erkrankungen, insbesondere Myom. Inaug.-Diss. München, Müller u. Steinicke. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1123.
387. Schoene, G., Die heteroplastische und homöoplastische Transplantation. Mit 29 Textfiguren u. 1 Taf. Berlin, J. Springer. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 823.
388. Schönstadt, A., Über Hormonalwirkung. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 48. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2693.
389. Schemelewitsch, L., Über die Behandlung der Dysmenorrhoe und der Sterilität des Weibes. Inaug.-Diss. Strassburg 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46.
390. Schüle, Epidurale Injektion. Oberrhein. Ärztetag in Freiburg i. Br. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2541.
391. Schultz, J. H., Klinische Erfahrungen mit dem Gonokokkenvakzin Arthigon (Bruck). Deutsche med. Wochenschr. 1911. Nr. 50.
392. Schumann, Ed., The advisability of removing the uterus in cases where both tubes and ovaries have been excised. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Nr. 6.
393. Schumburg, Über die keimtötende Kraft des Alkohols. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 9. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 632.
394. Schütte, Über Lumbalanästhesie. 84. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte zu Münster i. W.
395. Schütze, W., Das Operationsrecht des Arztes mit besonderer Berücksichtigung des Falles der Bewusstlosigkeit des Patienten unter zivilrechtlicher Beleuchtung. Inaug.-Diss. Rostock 1911. 59 p. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 161.
396. Sell, F., Frauenbekleidung und Lungentuberkulose. Beitr. z. Klinik der Tuberkulose. Bd. 21. Heft 2. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 600.
397. Sellheim, Die Tuberkulose in Gynäkologie und Geburtshilfe. Der Frauenarzt. 6. p. 242.
398. — Obligate und fakultative Befestigungsmittel der Eingeweide im Bauche. Gyn. Rundschau. Jahrg. 6. Heft 20. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2582.
399. Semon, Zur Anwendung der Lokalanästhesie in der operativen Gynäkologie. VI. internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. in Berlin.
400. Shichitaro, Zur Frage der aszendierenden Urogenitaltuberkulose beim Weibe. Antikritische Bemerkungen zu E. Engelhorns Erwiderung im Bd. 25, Heft 2 dieser Monatsschrift. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 5.
401. Sidorenko, Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Wirkung des Fibrolysins auf narbiges Gewebe. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 110. Heft 1—3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 95.
402. Silberberg, Narkose. Wratsch. Gaz. Nr. 1. Sitzungsber. des XI. Kongr. russ. Chir. (448 Narkosen nach Klapp. Silberberg empfiehlt das Chloroform. Der Schlaf tritt früher ein, die Exzitation ist unbedeutend, Erbrechen selten. In einem Falle trat Thrombose mit Gangrän der Extremitäten ein.) (H. Jentter.)
403. Simon, Über Arthigonbehandlung der Gonorrhoe. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 10.
404. — Über Vakzinetherapie insbesondere bei Gonorrhoe. Naturhistorisch- med. Verein zu Heidelberg. Sitzg. vom 30. Juli. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 40.
405. Sippel, Albert, Zur Frage der Infusion physiologischer Kochsalzlösung. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 17. p. 814.
406. Slawyk, Gertrud, Unsere chemisch-pharmakologischen Kenntnisse von Skopolamin. Inaug.-Diss. Freiburg i. Br. Febr.
407. Slingenberg, B., Vakzinebehandlung der weiblichen Gonorrhoe. Arch. f. Gyn. Bd. 96. Heft 2.
408. — Vaccinotherapie by Vrouwelyke Gonorrhoe. Nederl. Tydschr. v. Verl. en Gyn. Jaarg. 21. p. 232. (Slingenberg sah gute Resultate bei Vulvovaginitis bei Kindern,

nicht aber bei Erwachsenen. Die schönsten Resultate sah er bei chronischen Adnexerkrankungen. Die Patientinnen fühlten sich besser, die Zirkulation steigert sich. Das Körpergewicht nimmt zu. Die Tumoren werden kleiner und ihre Beweglichkeit nimmt zu.) (W. Holleman.)

409. Soli, T., Sul significato di alcune metrorragie ginecologiche. (Über die Bedeutung einiger gynäkologischer Metrorrhagien.) Gazz. Ital. d. levatrici. Siena. Anno 1. p. 209. (Artom di Sant' Agnese.)

410. Solowij, Bericht über die gynäkologische und geburtshilfliche Anstalt des allgemeinen Landesspitales in Lemberg für das Jahr 1911. Lwowski Tygodnik Lekarski. Nr. 27 ff. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)

411. Sonnenfeld, J., Ovaradentriferrin und Dürkheimer Maxquelle für die gynäkologische Praxis. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 50. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2922.

412. Spinelli, G., Il sifone idraulico nella laparotomia. (Der hydraulische Heber in der Laparotomie.) Atti della Società di Ostetr. e Ginec. Vol. 18. (Artom di Sant' Agnese.)

413. Spitzer, E., Zur Frühbehandlung der Gonorrhoe. Wiener med. Wochenschr. Nr. 49. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 274.

414. — Über abortive Behandlung der Gonorrhoe. Wiener dermat. Ges. Sitzg. vom 22. Nov. 1911. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 4.

415. Ssamborsky, Das Gerben der Hände und des Operationsfeldes nach Zabludowsky. Wratsch. Gaz. Nr. 17. (H. Jentter.)

416. Ssawitzky, 200 Fälle von Lumbalanästhesie mit Novokain-Suprarenin. Chir. Juli. (Sehr günstige Resultate. Zwei Versager. Die Dosis von Novokain betrug 0,1—0,15.) (H. Jentter.)

417. Sseukewitsch, 100 Fälle von Hedonal-Chloroformnarkose. Russki Wratsch. Nr. 39. (In Fällen mit geschwächter Herztätigkeit, raschem oder schwachem Puls, ist es ratsam, Hedonal als Emulsion mit Wasser (ohne Spiritus) einzuführen. Bei starken, gesunden, jungen Patientinnen, ebenso bei Alkoholikern ist es vorteilhafter, Hedonal mit Zusatz von Spiritus zu benutzen, wodurch leichter tiefer Schlaf erzielt wird. Die Hedonal-Chloroformnarkose muss die reine Chloroform- oder Chloroform-Morphiumnarkose verdrängen.) (H. Jentter.)

418. Statberg, Brady and Hoff, Backache in women. New York med. Journ. Nr. 4.

419. Stankiewicz, C., Über den Pfannenstielschen Querschnitt mit acht lithographischen Abbildungen und Statistik von 124 eigenen Beobachtungen, darunter 120 Pfannenstielschen Querschnitten bei Operationen der verschiedensten Art. Verh. der gyn. Sekt. der poln. Naturf.-Versamml. 1911. Erschienen Krakau. p. 255—265.

420. — Über den Faszienquerschnitt nach Pfannenstiel. Przeglad Lekarski. Nr. 15. p. 266—272. (Polnisch.) (Stankiewicz tritt auf Grund eigener Erfahrungen mit 120 Fällen für den Faszienquerschnitt ein, will aber sämtliche Fälle ausschliessen: 1. Wo schnell operiert werden soll, weil die Naht der Bauchwand hier besonders viel Zeit in Anspruch nimmt. 2. Alle Fälle, wo man Grund hat, anzunehmen, dass es sich um einen eitrigen Prozess in der Bauchhöhle handelt, weil alsdann sehr leicht eine Prima reunio in Frage gestellt werden kann. 3. sind Fälle sehr grosser Tumoren auszuschliessen, welcher Natur sie auch seien, ob ovariell, uterin etc. Hier liefert der alte Längsschnitt einen besseren Zutritt zu dem Operationsgebiete. Welche Fälle eignen sich für den Faszienquerschnitt? 1. Frauen mit fettarmer Bauchwand, welker Bauchwand. 2. Jüngere Frauen mit nicht schlaffer, aber fettarmer Bauchwand — ästhetische Gründe. Fettreiche Bauchwand kontraindiziert Pfannenstiel, ausgenommen Frauen mit Hängebauch, wo man in der Knickungsfalte der Bauchwand operieren kann. Will man der Ästhetik besonders Rechnung tragen, so muss der Schnitt in dem behaarten Gebiete oberhalb der Symphyse geführt werden, bei Hängebauch ist diese Prädilektion überflüssig, da die Narbe in die Knickungsfalte der Bauchdecken zu liegen kommt. Stankiewicz wandte den Faszienquerschnitt seit 1908 an und zwar auf 407 Laparotomien bis Juli 1911 124mal, also in 35 % seiner Bauchschnitte. 120mal nach Pfannenstiel, dreimal nach Küstner, einmal Querschnitt durch einen Nabelbruch. Stankiewicz gibt hier eine statistische Tabelle seiner Fälle mit Berücksichtigung der Indikation zum Bauchschnitt, 79mal bei Retroflexio uteri, 21mal bei grösseren Eingriffen, Totalexstirpationen, Ovariotomien etc., 4mal bei der Pryorschen Operation bei inoperablem Uteruskarzinom. 18mal wurde der Wurmfortsatz zugleich entfernt. Der Faszienquerschnitt gibt für die Entfernung des Wurmfortsatzes nicht immer genügenden Zutritt. Zweimal musste Stankiewicz auf die

beabsichtigte Mitentfernung des Wurmfortsatzes verzichten und verzichtet deshalb jetzt auf den Faszienquerschnitt überall da, wo Erkrankung des Wurmfortsatzes vermutet wird. Zweimal wurde der Faszienquerschnitt zu diagnostischen Zwecken gemacht bei sog. Revisionsbauchschnitt, um die Ursache einer Sterilität zu ergründen, resp. nachzusehen, ob nicht die Tuben undurchgängig seien. 64 mal wurden gleichzeitig vaginale Operationen ausgeführt. Auf 120 Frauen starben 3. Die Mortalität nach Faszienquerschnitt beim Bauchschnitt betrug für die Jahre 1908—1911: 2,5 %, beim Längsschnitte dagegen 6 % (18 Todesfälle auf 283 Operationen). Die drei Todesfälle nach Faszienquerschnitt waren stets in Lungenkomplikationen begründet (zweimal Pneumonie, einmal schon vor der Operation bestehende eitrige Bronchitis). Heilungskomplikationen nach Faszienquerschnitt sah Stankiewicz 14 mal: einmal frühe Eiterung, einmal späte Eiterung, 10 mal Ansammlung von blutig-seröser Flüssigkeit, einmal ein Haematoma subfasciale, einmal Cellulitis parietum abdominis. Die Ansammlung der serös-blutigen Flüssigkeit — 1—2 Esslöffel — erfolgte meist zwischen dem 8. und 11. Tage. Die Flüssigkeit wurde entleert, dann Burowkompresse und rasche Heilung. In dem Falle eines postoperativen Hämatoms wurde anfänglich Herzschwäche als Ursache der Anämie angesehen und irrtümlicherweise Kampfer verwandt und Koffein. Erst am achten Tage wurde der Irrtum bemerkt, das Hämatom durch Spaltung entleert. Nach sechs Wochen war die Höhle obliteriert. Einmal war ein Abszess der Bauchwand eingetreten nach einer Ventrifixation des Uterus mit Entfernung der Adnexa einerseits. In dem Hämatomfall erfolgte eine Hernie in der Narbe des Faszienquerschnittes — ein geringer Prozentsatz im Vergleiche zu der von Abel für den Längsschnitt angegebenen Zahl von 6 % postoperativen Bauchwandhernien.) (v. Neugebauer.)

421. Starkenstein, E., Zur Pharmakologie des Pituitrins. Prager med. Wochenschr. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 824.

422. Steinmann, Ein neuer Überdrucknarkoseapparat. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25.

423. Stenglein, Über Pantopon-Skopolaminanästhesie bei Bauchoperationen, insbesondere bei der Appendektomie. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 114. Heft 5—6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1236.

424. Stern, Arthigonanwendung bei Vulvovaginitis gonorrhoica. Gyn. Ges. in Breslau. 26. März. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 751.

425. Sternberg, A. J., Die Methodik der aktiven Immunisation (Vakzinotherapie) bei Behandlung der Gonorrhoe der weiblichen Geschlechtsorgane. IV. Kongr. russ. Gyn. u. Geb. in St. Petersburg vom 16.—18. Dez. 1911. Journ. akusch. i shensk. bol. Juli-Aug. (Vor Beginn der Vakzinotherapie muss die Spezifizität der Erkrankung gesichert sein. Dazu kann die Vakzinodiagnostik dienen (Veränderungen im Krankheitsherd nach subkutaner Injektion einer therapeutisch-diagnostischen Dosis). Wird die Herdreaktion erzielt, so beginnt die aktive Immunisierung mit dieser Dosis. Bei der Dosierung und Bestimmung der Intervalle zwischen den Injektionen ist die klinische Untersuchung massgebend (Allgemein- und Herdreaktion). Es müssen sowohl Exazerbationen des Prozesses, als auch Temperatursteigerung, Schwächezustände, Zerschlagenheit usw. vermieden werden. Jede folgende Injektion ist nur nach Eintreten der positiven Phase zu machen. Während der Vakzinotherapie müssen wiederholte mikroskopische und bakteriologische Untersuchungen unternommen werden. Nur die Vakzinotherapie ist begründet, welche auf dem Prinzipe der Immunisation fusst. Dabei ist die Immunisationsreaktion zu unterscheiden von der Reaktion, welche durch die Gonokokkentoxine bedingt ist — erstere ist notwendig, letztere ein schädliches Moment. Die spezifische Behandlung kann auch auf ambulanten Patientinnen durchgeführt werden. Die Vakzinotherapie in Kombination mit den bisher üblichen Behandlungsmethoden ist zur Zeit die am meisten wissenschaftlich und empirisch begründete Behandlung der weiblichen Gonorrhoe.) (H. Jentter.)

426. Stocker, S. jun., Über die Anästhesie in der Gynäkologie. Gyn. Helv. Frühlingsausgabe. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 44.

427. Stockmann, R., Die Vakzinebehandlung der Gonokokkenarthritis. Brit. med. Journ. Dec. 2. 1911. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 946.

428. Strassmann, P., Arznei- und Diätverordnungen für die gynäkologische Praxis. Berlin. Aug. Hirschwald. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 512.

429. Straub, Über Narkophin, ein rationelles Opiumpräparat. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28.

430. Strauss, Asepsis und Wundbehandlung. Ärztl. Verein in Nürnberg. Sitzg. vom 2. Nov. 1911. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 169.
431. — M., Der Äthylchloridrausch — die Narkose der kleinen Chirurgie. Ärztl. Verein in Nürnberg. Sitzg. vom 23. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1883.
432. Strauss, B., Hohe und tiefe extradurale Anästhesien. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. Heft 1. Stuttgart, F. Enke.
433. Sugimura, S., Zur Frage der aszendierenden Urogenitaltuberkulose beim Weibe. Antikritische Bemerkungen zu E. Engelhorns Erwiderung im Bd. 35. Heft 5. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 605.
434. Sultan, Eine Bandage bei Hängebauch und grossen Bauchbrüchen. Freie Vereinig. der Chirurgen Berlins. Sitzg. vom 12. Febr.
435. Sykora, Einige praktische Bemerkungen zur Anästhesiefrage. St. Paul med. Journ. June. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1238.
436. Taylor, The giving of ether or other anesthetetics by nurses. New York obst. soc Ref Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. p. 632.
437. Teleky, D., Organtherapie in der Gynäkologie. Übersicht. Wiener med. Wochenschr. Nr. 45. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2834.
438. Terebinskaja-Popowa, Zur Serodiagnostik und Vakzinotherapie der Gonorrhoe. IV. Kongr. russ. Gyn. u. Geb. in St. Petersburg vom 16.—18. Dez. 1910. Ref. Journ. akusch. i shensk. boles. Juli-August. (Auf Grund 13 eigener genau geprüfter Beobachtungen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Die Vakzinotherapie der gynäkologischen Gonorrhoe, Adnexerkrankungen inbegriffen, gibt keine Genesung: die Gonokokken bleiben in den Genitalien leben und behalten Lebensfähigkeit und Virulenz bei. Die Reaktion der Ablenkung des Komplementes hat bei Gonorrhoe des Weibes keine diagnostische Bedeutung. Im Laufe der Vakzination kann die Summe der Antikörper steigen und nach der Behandlung positive Reaktion geben dort, wo sie früher negativ war. Dem opsonischen Index kann einige diagnostische Bedeutung zugesprochen werden. Die Bestimmung des opsonischen Index ist die am meisten wissenschaftliche und seine Kontrolle bei der Vakzinotherapie, und so lange die Behandlungsmethode geprüft wird, ist für seine Bestimmung notwendig. Die Schwankungen des opsonischen Index geben eine mehr oder weniger konstante Kurve. Die Temperaturreaktion ist unbeständig, rein individuell und kann zur Kontrolle nicht dienen. Noch unbeständiger ist die lokale Reaktion, häufig fehlt sie ganz. Nach der Vakzinebehandlung wurde im Blute konstatiert: Zunahme des Hämoglobingehaltes und der Zahl der Erythrozyten, Abnahme der Leukozytose, morphologisch: Abnahme der Lymphozyten und Mononuklearen, Zunahme der Polynuklearen.) (H. Jentter.)
439. Thaler, H., Zur Anwendung der Lokalanästhesie aus der lokalen Suprareninanämisierung bei der Kolpohysterotomia anterior. Zentralbl. f. Gyn. p. 763.
440. Theilhaber, A., Die Beziehungen von chronischer Entzündung, Narbe, Trauma und den Fortpflanzungsvorgängen zu der Entstehung von Tumoren. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 822.
441. — Zur Lehre von der Entstehung und Behandlung des Kreuzschmerzes. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 2.
442. Thieme, Demonstration von Operationspräparaten mit Krankengeschichten. Gyn. Sitzg. der Warschauer Ärztl. Ges. 29. März. Przeglad chir. i gin. Bd. 7. Heft 3. p. 369. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
443. Thorn, W., Zur Frage der aszendierenden Tuberkulose der weiblichen Genitalien. Gyn. Rundschau. Jahrg. VI. Heft 16. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2242.
444. Top, R., Über Aleudrin, ein neues Sedativum und Einschläferungsmittel. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 47. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2638.
445. Trebing, J., Thigenol in der Frauenpraxis. Die Therap. d. Gegenw. Heft 10.
446. Trendelenburg, Bemerkungen zu dem Aufsatze von P Zweifel: „Beckenhochlagerung und Lungenembolien." Prakt Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Bd. 5. Heft 1.
447. Tsakona, Sokrates, Die intravenöse Äthernarkose. Gyn. Rundschau. Jahrg. 5. Heft 24. (20 erfolgreiche Fälle.)
448. — Die Griechin im Hinblick auf die Grösse, Beckenmessung. Beginn de Periode usw. Gyn. Rundschau. Jahrg. 6. Nr. 8. p. 286.
449. Tschekajew, Zur Frage der postoperativen Adhäsionen. Wratsch. Gaz. Nr. 13. Sitzungsber. der Ges. russ. Chir. zu Moskau. (Ursachen: ungenügende Blutstillung, Traumen des Bauchfelles, Tamponade, Drainage, Infektion, Grossichsche Methode. Folgen: Schmerzen, Stuhlverhaltung, Meteorismus und Ileus.) (H. Jentter.)

450. Tuszkai, Ödön, A nöi bajok fürdötherapiájárol. Vorgetragen im XXII. ungar. Balneologen-Kongr. am 19. April. Ref. Orvosi Hetilap. Nr. 20. (Hinweis auf die Wichtigkeit der Lokalbehandlung der Frauenkrankheiten in Kurorten und besonders auf die der subäqualen Behandlungsweise.) (Temesváry).

451. Tweedy, Hastings, Female sterility as a salient feature of general tuberculosis of the peritoneum. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp.

452. Uhl, Karl, Über das Geschlechtsleben und seine Gefahren. Leipzig, Ambr. Barth. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1508.

453. Ulesko-Stroganowa, Überblick der Operationen in der gynäkologischen Abteilung des kais. geb.-gyn. Instituts im Jahre 1911/1912. Journ. akusch. i shensk. bol. Nov. Sitzungsber. d. geb.-gyn. Ges. zu St. Petersburg. (H. Jentter.)

454. Urban, Über die Talmasche Operation. Wiener med. Wochenschr. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1092.

455. Ury, O., Über Kokainempfindlichkeit und deren Beziehung zur Adrenalinsekretion in den verschiedenen Phasen des weiblichen Geschlechtslebens. Inaug.-Diss. Heidelberg 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1238. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 79.

456. Vanderveer, A., Welchen Gebrauch sollen wir von unserer Kenntnis der üblen Folgen venerischer Erkrankung machen? Verhandl. d. amer. Vereinig. der Geb. u. Gyn. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. 1911. Dec. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 308.

457. Vandervoordt, Akute Erweiterung des Magens als Folge einer Operation. Journ. med. de Bruxelles. 4 Janv. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1512.

458. Van de Velde, Th. H., Spezifische Diagnostik der weiblichen Gonorrhoe. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 4 und Tydschr. v. Verl. en Gyn. Jaarg. 21. p. 228. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1. Hälfte. Nr. 12. (Nachdem Verf. an erster Stelle hingewiesen hat auf die Tatsache, dass die mikroskopische Untersuchung allein nicht genügend ist, mit Sicherheit die Diagnose Gonococcus zu stellen, da wiederholt Pseudogonokokken vorkommen, und dass deshalb Entwickelung auf Agar (sei es Thalmann- oder sei es Aszites-Agar) nötig ist, hebt er die grosse Bedeutung hervor, die der „opsonische Index" für das Erkennen der Gonorrhoe hat. Wo dieser niedrig ist, z. B. 0,6 bis 0,75, meint er, eine Vulvovaginitis infantum als gonorrhoisch auffassen zu dürfen, um so mehr, wenn Patientin ausserdem noch positiv auf die diagnostische Impfung durch Einspritzen einer mittelgrossen Dosis toter Gonokokken reagiert. Wenn auf die Impfung eine deutliche negative Phase mit örtlicher Reaktion folgt, ist die Diagnose fast sicher. Auch bei chronischen Adnexerkrankungen treten diese Erscheinungen auf, während nach des Verf. Meinung bei akuten Erkrankungen die Impfung nicht angewandt werden darf wegen der Gefahr einer Verschlimmerung.) (Mendes de Leon.)

459. — Kulturen von Gonokokken aus einer Bartholinitis und aus einer Salpingitis kultiviert auf Thalmann- und Aszites-Agar (erstgenannter Nährboden am besten.) Verh. d. Niederl. Gyn. Ges. 19. März 1911. (Mendes de Leon.)

460. — Modificaties v. d. buiksnede. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1911. Heft 2. p. 1470. (1. Variation auf die Inzision nach Rapin-Küstner. Die Faszieninzision wird nicht in der Linea alba gemacht, aber auf der Seite und die Mm. recti lateralwärts gezogen. 2. Auf die Pfannenstielsche Inzision. Nachdem die Fascia gespalten ist und der Musc. rectus auf die Seite gezogen, wird der Bauch durch die Hinterwand der Rektusscheide geöffnet. 3. Die Mm. pyramidales werden nicht auseinandergerissen, sondern in toto abpräpariert. 4. Hautschnitt quer über der Symphyse. Faszienquerschnitt 2 cm höher. Mm. pyramidales in toto nach unten geklappt, nach oben die Faszie nur wenig abpräpariert. Die Mm. recti in die Medianfaszie auseinander gezogen und die Fascia transversa wieder quer gespalten. Van der Velde meint, dass die Schnittmethode viel Raum gibt.) (W. Holleman.)

461. Verworn, M., Narkose. Jena, G. Fischer. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 649.

462. Vignier, Die chirurgische Desinfektion der Hände und die Sterilisation des Operationsfeldes durch stark verdünnte Jodtinktur. Soc. de méd. milit. franc. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 384.

463. Vladár, Lászlo, Márton Nehány kritikai megjegyzés a skopolamin-narcotishoz. Orvosi Hetilap. Nr. 23. (Bericht über zwei Fälle von Asphyxie bei Pantopon-Skopolamin-Chloroform-Narkosen behufs gynäkologischer Operationen; Warnung vor dem Mittel!) (Temesváry.)

464. Voigt, J., Beitrag zur Kenntnis des Catguts. Arch. f. klin. Chir. Bd. 98. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47.

465. — Einige Erfahrungen über Pantopon (Sahli) und eine Beobachtung von Pantopon-vergiftung. Therap. Monatsschr. 1911. Okt. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 695.

466. Wagner, Weibliche Genitaltuberkulose. Internat. Tuberkulosekongr. vom 18. April.

467. — Zur Kasuistik des retroperitonealen Hämatoms. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 35. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2019.

468. — Zur Behandlung der Zervikalgonorrhoe. Wissenschaftl. Vereinig. am städt. Krankenhaus zu Frankfurt a. M. Sitzg. vom 7. Nov. 1911. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 52. Berl. klin. Wochenschr. 1911. Nr. 52.

469. Walcher, G. sen., Die „Anguli vaginae" und ihre Bedeutung für Geburtshilfe und Gynäkologie. Arch. f. Gyn. Bd. 97. Heft 3.

470. Walther, H., Blutungen in der gynäkologischen Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Hämostyptika. Frauenarzt. Nr. 3—5 und Leipzig, Benno Konegen. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40.

471. Walz, Über Zystopurin. Seine Wirkung bei der Gonorrhoe und ihren Nebenerkrankungen, insbesondere der Cystitis gonorrhoica. Therapie der Gegenw. p. 287.

472. Wangemann, O., Experimentelle Beiträge zur Chloroform-Sauerstoff-Narkose. Inaug.-Diss. Berlin. Okt. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2533.

473. Warstat, G., Über seltene Kombinationen von Karzinomen an den weiblichen Sexualorganen. Inaug.-Diss. Königsberg. Juni. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2188.

474. Wainstein, Vakzinotherapie bei einigen gynäkologischen Erkrankungen. Therap. Obosr. Nr. 12. (245 Fälle von Vulvovaginitis, gonorrhoischer Urethritis, Salpingitis, Endocervicitis, kolibazillärer Cystitis, Parametritis und Staphylokokkenpyelitis. Positives Resultat wurde in 212 Fällen erzielt (86,5 %): 52 % Heilung und 24,5 % Besserung. In 23 Fällen kein Erfolg.) (H. Jentter)

475. Wassiljew, Zu den Komplikationen bei Vakzinotherapie. Nowoje w Med. Nr. 17. (Wassiljew rät zu Vorsicht, da er nach der Vakzinotherapie akute toxische, parenchymatöse Nephritis sah.) (H. Jentter.)

476. Wederhake, K. J., Einfache Methode der Sterilisation des Catgut durch trockene Hitze. Zentralbl. f. Chir. Nr. 20. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1289.

477. Weil, Schilddrüsenpräparate gegen Sterilität? Münchn. med. Wochenschr. Nr. 42. p. 2284.

478. Weinmann, Die Sakralanästhesie in der Geburtshilfe. Inaug.-Diss. Heidelberg. April.

479. Weiss und Sencert, Rachianesthésie à la novocaine en gynécologie. La gyn. Sept.

480. Weissmann, Ist Ichthyol zu ersetzen? Deutsche Ärzteztg. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40.

481. Weitzel, F., Über die Bedeutung des Blutverlustes bei gynäkologischen Operationen. Inaug.-Diss. Heidelberg. Juli. Arch. f. Gyn. Bd. 97.

482. Wenczel, Tivadar, Thrombosisok és embiolák a nögyógyászati mütétek után. Orvosi Hetilap. Nr. 49. (Thrombosen- und Embolie-Statistik der gynäkologischen Abteilung der I. Frauenklinik in Budapest. Auf 835 Bauchschnitte entfielen 17 Fälle (2,10 %) von Thrombosen und 10 Fälle (1,1 %) von Lungenembolie.) (Temesváry.)

483. *Wiart, P., Zur Herzmassage bei Chloroformsynkope. Presse méd. 1911. Nr. 83.

484. Wilhelm, Operationsrecht des Arztes und Einwilligung des Patienten in der Rechtsfrage. Berlin, Adler.

485. Winternitz, Über morphinfreies Pantopon und die Wirkung der Nebenalkaloide des Opiums beim Menschen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 16.

486. — Über sog. Pantoponvergiftungen nebst Bemerkungen über tabische Atemkrisen und über die Wirkung eines morphiumfreien Pantopons. Therapeut. Monatshefte. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1236.

487. Wituschinski, V., Über die schädliche Wirkung der Jodtinktur auf die Haut. Inaug.-Diss. Jena.

488. Wolff, P., Zur Frage der Catgutsterilisation. Zentralbl. f. Chir. Nr. 36. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2120.

489. Wolfsohn, G., Die Erfolge und Misserfolge der Vakzinationstherapie. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 49. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2750.

490. Wolter, Ein Fall von gonorrhoischer Allgemeininfektion, welche mit spezifischer Vakzine und Serum behandelt worden ist. Russki Wratsch. Nr. 45. (H. Jentter.)
491. Zander, Über Chloräthylrausch. Verein d. Ärzte in Halle a. S. Sitzg. vom 1. Nov. 1911. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 112.
492. Zehbe, Narkophin, ein neues Morphiumersatzmittel. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28.
493. Zeman, Die Erfahrungen mit der Skopolamin-Morphium-Narkose in der Geburtshilfe. Gyn. Rundschau. Nr. 24. p. 914.
494. Ziemann, H., Über Gonokokkenvakzin als eventuelles diagnostisches Hilfsmittel. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 40.
495. Zimmermann, Über einen Fall von Skopolaminvergiftung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 8.
496. Zubrzycki, Klinische Beobachtungen über die Desinfektion der Haut mittelst Jodtinktur. Lwowski Tygodnik Lekarski. 1910. Nr. 43.
497. — Die Anwendung der Hämolyse, hervorgerufen durch das Kobragift in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Lwowski Tygodnik Lekarski. Nr. 45. p. 735 ff. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
498. Zweifel, E., Über Morphium-Skopolamin-Dämmerschlaf. Münchn. gynäk. Gesellschaft. 21. März ref. M. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 719.
499. — P., Beckenhochlagerung und Lungenembolien. Prakt. Ergebnisse der Geb. u. Gyn. Bd. IV, Heft. 2.

Wiart (483) berichtet zuerst über 15 Fälle von Herzmassage bei Chloroformsynkope aus der Literatur, von denen 6 erfolgreich waren, 9 unglücklich endeten. In der ersten Gruppe der Fälle dauerte der Stillstand der Zirkulation stets weniger als 10 Minuten, ausnahmsweise bis 15, einmal 20 Minuten. In den Todesfällen betrug er stets mehr, bis zu $^1/_2$, ja $2^1/_4$ Stunde. Hieraus folgt also, dass nur dann Erfolg zu erwarten ist, wenn möglichst schnell eingegriffen und die Zirkulation wieder in Gang gebracht wird. Ist das Abdomen bei der Operation eröffnet, so verliere man keine Zeit mit anderen Mitteln, sondern massiere das Herz sofort vom Zwerchfell. Daneben muss natürlich künstliche Atmung, oder noch besser nach Laryngotomie Lufteinblasung vorgenommen werden. Schwieriger liegen die Verhältnisse, wenn das Abdomen nicht offen ist. Hier ist die Frage sehr schwer zu beantworten, ob man das Abdomen eröffnen und danach zur Herzmassage schreiten oder sich auf die übrigen Mittel verlassen soll. Verf. neigt jedoch zu diesem aktiven Vorgehen, weil es die grössten Aussichten bietet, den schon sterbenden Menschen noch zu retten. —

In bezug auf die Diagnose der Sterilität hebt Josephson (183) folgendes hervor. Die beiden Eheleuten müssen untersucht werden. Der männliche in Kondom aufgesammelte Same soll binnen zwei Stunden nach der Ejakulation untersucht werden. Man hat auf die Frequenz und die Beweglichkeit der Spermatozoen und auf Einmischung fremder Bestandteile acht zu geben. Mit Diagnose Oligo- und Neurospermie sowohl als auch mit Diagnose männliche Sterilität soll man vorsichtig sein. Die Untersuchung des Weibes fasst ausser der gewöhnlichen gynäkologischen Untersuchung auch einige andere Momente in sich ein: ob Koitus völlig normal ausgeführt wird (in bezug auf die Potenz des Mannes), ob der Same in der Vagina bleibt oder wieder ausfliesst; die Reaktion des Scheidensekretes soll geprüft werden, ob sauer oder alkalisch; die Weite des Muttermundes und die Zugänglichkeit des Cervixkanals soll mit der Sonde untersucht werden; Nachforschung vom Spermatozoen im Fornix vaginae, in Cervix und in Corpus uteri zu verschiedenen Zeiten nach Koitus.

Die allgemeine Konstitution ist sehr wichtig zu beobachten, Korpulenz, Chlorose, Morbus Basedowii und alle die Momente, die ungünstig auf die Genitalorgane (atrophische Zustände) einwirken können, Phthise, Diabetes, Leukämie, Myxödem. chronische Vergiftungen mit Phosphor, Arsen, Alkohol und Morphium.

In bezug auf die Therapie hebt der Verf. die Wichtigkeit von Nil Nocere hervor, besonders bei gonorrhoischen Cervixkatarrhen. Ausser allen gewöhn-

464. Voigt, J., Beitrag zur Kenntnis des Catguts. Arch. f. klin. Chir. Bd. 98. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47.
465. — Einige Erfahrungen über Pantopon (Sahli) und eine Beobachtung von Pantoponvergiftung. Therap. Monatsschr. 1911. Okt. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 695.
466. Wagner, Weibliche Genitaltuberkulose. Internat. Tuberkulosekongr. vom 18. April.
467. — Zur Kasuistik des retroperitonealen Hämatoms. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 35. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2019.
468. — Zur Behandlung der Zervikalgonorrhoe. Wissenschaftl. Vereinig. am städt. Krankenhaus zu Frankfurt a. M. Sitzg. vom 7. Nov. 1911. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 52. Berl. klin. Wochenschr. 1911. Nr. 52.
469. Walcher, G. sen., Die „Anguli vaginae" und ihre Bedeutung für Geburtshilfe und Gynäkologie. Arch. f. Gyn. Bd. 97. Heft 3.
470. Walther, H., Blutungen in der gynäkologischen Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Hämostyptika. Frauenarzt. Nr. 3—5 und Leipzig, Benno Konegen. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40.
471. Walz, Über Zystopurin. Seine Wirkung bei der Gonorrhoe und ihren Nebenerkrankungen, insbesondere der Cystitis gonorrhoica. Therapie der Gegenw. p. 287.
472. Wangemann, O., Experimentelle Beiträge zur Chloroform-Sauerstoff-Narkose. Inaug.-Diss. Berlin. Okt. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2533.
473. Warstat, G., Über seltene Kombinationen von Karzinomen an den weiblichen Sexualorganen. Inaug.-Diss. Königsberg. Juni. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2188.
474. Wainstein, Vakzinotherapie bei einigen gynäkologischen Erkrankungen. Therap. Obosr. Nr. 12. (245 Fälle von Vulvovaginitis, gonorrhoischer Urethritis, Salpingitis, Endocervicitis, kolibazillärer Cystitis, Parametritis und Staphylokokkenpyelitis. Positives Resultat wurde in 212 Fällen erzielt (86,5 %): 52 % Heilung und 24,5 % Besserung. In 23 Fällen kein Erfolg.) (H. Jentter)
475. Wassiljew, Zu den Komplikationen bei Vakzinotherapie. Nowoje w Med. Nr. 17. (Wassiljew rät zu Vorsicht, da er nach der Vakzinotherapie akute toxische, parenchymatöse Nephritis sah.) (H. Jentter.)
476. Wederhake, K. J., Einfache Methode der Sterilisation des Catgut durch trockene Hitze. Zentralbl. f. Chir. Nr. 20. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1289.
477. Weil, Schilddrüsenpräparate gegen Sterilität? Münchn. med. Wochenschr. Nr. 42. p. 2284.
478. Weinmann, Die Sakralanästhesie in der Geburtshilfe. Inaug.-Diss. Heidelberg. April.
479. Weiss und Sencert, Rachianesthésie à la novocaine en gynécologie. La gyn. Sept.
480. Weissmann, Ist Ichthyol zu ersetzen? Deutsche Ärzteztg. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40.
481. Weitzel, F., Über die Bedeutung des Blutverlustes bei gynäkologischen Operationen. Inaug.-Diss. Heidelberg. Juli. Arch. f. Gyn. Bd. 97.
482. Wenczel, Tivadar, Thrombosisok és embiolák a nögyógyászati mütétek után. Orvosi Hetilap. Nr. 49. (Thrombosen- und Embolie-Statistik der gynäkologischen Abteilung der I. Frauenklinik in Budapest. Auf 835 Bauchschnitte entfielen 17 Fälle (2,10 %) von Thrombosen und 10 Fälle (1,1 %) von Lungenembolie.) (Temesváry.)
483. *Wiart, P., Zur Herzmassage bei Chloroformsynkope. Presse méd. 1911. Nr. 83.
484. Wilhelm, Operationsrecht des Arztes und Einwilligung des Patienten in der Rechtsfrage. Berlin, Adler.
485. Winternitz, Über morphinfreies Pantopon und die Wirkung der Nebenalkaloide des Opiums beim Menschen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 16.
486. — Über sog. Pantoponvergiftungen nebst Bemerkungen über tabische Atemkrisen und über die Wirkung eines morphiumfreien Pantopons. Therapeut. Monatshefte. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1236.
487. Wituschinski, V., Über die schädliche Wirkung der Jodtinktur auf die Haut. Inaug.-Diss. Jena.
488. Wolff, P., Zur Frage der Catgutsterilisation. Zentralbl. f. Chir. Nr. 36. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2120.
489. Wolfsohn, G., Die Erfolge und Misserfolge der Vakzinationstherapie. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 49. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2750.

490. Wolter, Ein Fall von gonorrhoischer Allgemeininfektion, welche mit spezifischer Vakzine und Serum behandelt worden ist. Russki Wratsch. Nr. 45. (H. Jentter.)
491. Zander, Über Chloräthylrausch. Verein d. Ärzte in Halle a. S. Sitzg. vom 1. Nov. 1911 Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 112.
492. Zehbe, Narkophin, ein neues Morphiumersatzmittel. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28.
493. Zeman, Die Erfahrungen mit der Skopolamin-Morphium-Narkose in der Geburtshilfe. Gyn. Rundschau. Nr. 24. p. 914.
494. Ziemann, H., Über Gonokokkenvakzin als eventuelles diagnostisches Hilfsmittel. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 40.
495. Zimmermann, Über einen Fall von Skopolaminvergiftung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 8.
496. Zubrzycki, Klinische Beobachtungen über die Desinfektion der Haut mittelst Jodtinktur. Lwowski Tygodnik Lekarski. 1910. Nr. 43.
497. — Die Anwendung der Hämolyse, hervorgerufen durch das Kobragift in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Lwowski Tygodnik Lekarski. Nr. 45. p. 735 ff. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
498. Zweifel, E., Über Morphium-Skopolamin-Dämmerschlaf. Münchn. gynäk. Gesellschaft. 21. März ref. M. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 719.
499. — P., Beckenhochlagerung und Lungenembolien. Prakt. Ergebnisse der Geb. u. Gyn. Bd. IV, Heft. 2.

Wiart (483) berichtet zuerst über 15 Fälle von Herzmassage bei Chloroformsynkope aus der Literatur, von denen 6 erfolgreich waren, 9 unglücklich endeten. In der ersten Gruppe der Fälle dauerte der Stillstand der Zirkulation stets weniger als 10 Minuten, ausnahmsweise bis 15, einmal 20 Minuten. In den Todesfällen betrug er stets mehr, bis zu $^1/_2$, ja $2^1/_4$ Stunde. Hieraus folgt also, dass nur dann Erfolg zu erwarten ist, wenn möglichst schnell eingegriffen und die Zirkulation wieder in Gang gebracht wird. Ist das Abdomen bei der Operation eröffnet, so verliere man keine Zeit mit anderen Mitteln, sondern massiere das Herz sofort vom Zwerchfell. Daneben muss natürlich künstliche Atmung, oder noch besser nach Laryngotomie Lufteinblasung vorgenommen werden. Schwieriger liegen die Verhältnisse, wenn das Abdomen nicht offen ist. Hier ist die Frage sehr schwer zu beantworten, ob man das Abdomen eröffnen und danach zur Herzmassage schreiten oder sich auf die übrigen Mittel verlassen soll. Verf. neigt jedoch zu diesem aktiven Vorgehen, weil es die grössten Aussichten bietet, den schon sterbenden Menschen noch zu retten. —

In bezug auf die Diagnose der Sterilität hebt Josephson (183) folgendes hervor. Die beiden Eheleuten müssen untersucht werden. Der männliche in Kondom aufgesammelte Same soll binnen zwei Stunden nach der Ejakulation untersucht werden. Man hat auf die Frequenz und die Beweglichkeit der Spermatozoen und auf Einmischung fremder Bestandteile acht zu geben. Mit Diagnose Oligo- und Neurospermie sowohl als auch mit Diagnose männliche Sterilität soll man vorsichtig sein. Die Untersuchung des Weibes fasst ausser der gewöhnlichen gynäkologischen Untersuchung auch einige andere Momente in sich ein: ob Koitus völlig normal ausgeführt wird (in bezug auf die Potenz des Mannes), ob der Same in der Vagina bleibt oder wieder ausfliesst; die Reaktion des Scheidensekretes soll geprüft werden, ob sauer oder alkalisch; die Weite des Muttermundes und die Zugänglichkeit des Cervixkanals soll mit der Sonde untersucht werden; Nachforschung vom Spermatozoen im Fornix vaginae, in Cervix und in Corpus uteri zu verschiedenen Zeiten nach Koitus.

Die allgemeine Konstitution ist sehr wichtig zu beobachten, Korpulenz, Chlorose, Morbus Basedowii und alle die Momente, die ungünstig auf die Genitalorgane (atrophische Zustände) einwirken können, Phthise, Diabetes, Leukämie, Myxödem. chronische Vergiftungen mit Phosphor, Arsen, Alkohol und Morphium.

In bezug auf die Therapie hebt der Verf. die Wichtigkeit von Nil Nocere hervor, besonders bei gonorrhoischen Cervixkatarrhen. Ausser allen gewöhn-

lichen Operationsmethoden muss man im Auge haben, dass eine jede gynäkologische Krankheit eine Sterilitätsursache sein kann und dass mithin beinahe jede Behandlung einer gynäkologischen Krankheit direkt oder indirekt auf die Sterilität Einfluss haben kann. (Silas Lindquist.)

III.

Gynäkologische Operationslehre.

Referent: Prof. Dr. H. W. Freund.

Instrumente.

1. Albers-Schönberg, Gynäkologisches Universalinstrumentarium. Fortschr. d. Röntgenstr. Bd. 18. Heft 4.
1a. Bacher, Gynäkologische Bestrahlungsbinde. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13.
2. Blumreich, Neuerungen für das Studium der gynäkologischen Diagnostik. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25. („Natürliches Phantom“, ein Leichenbecken mit allen Beckenorganen, die ausgewechselt und durch Tumoren usw. ersetzt werden können.)
3. v. Borosini, Universalbruchband. Ebendas. Nr. 50.
4. Boxer, Zur Technik der Uterustamponade. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21.
5. Cunnington, Uterine bougie introducer. Lancet. Nov. 9.
6. Czerwenka, Eine Nadelzange für gynäkologische Zwecke. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12.
7. Czyborra, Ein neuer Apparat zur Anwendung strömender Heissluft, speziell für gynäkologische Zwecke. Fortschr. d. Med. Nr. 31.
8. Dartigues, Vaginostat bivalve à poids. Presse méd. Nr. 21.
8a. Dubintschik, Ein neues Vaginalspekulum für die Heissluftbehandlung und die theoretische Begründung dieser Therapie. Wratsch. Gaz. Nr. 11. (Dubintschik empfiehlt zu dem Hahnschen Apparat sein neues Spekulum. Das Wesentliche am letzteren besteht in doppelten Glaswandungen, deren Zwischenraum luftlos gemacht worden ist; dadurch wird die unliebsame Wirkung der heissen Luft auf Vagina und Vulva vermieden. Eine Temperatur von 100—120 wird gut ertragen. Die heisse Luft wirkt hyperämisierend, analgesierend und stark resorbierend.) (H. Jentter.)
9. Duke, Modified uterine cupper. Lancet. July 13.
10. Ehrlich, Chirurgisches Messer (Skalpell) mit doppelschneidiger Spitze. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 19.
11. Elliot-Blake, Retractor-forceps for minor surgery wounds. Lancet. March 16.
12. Fabbri, Ein neues bei Prolaps anwendbares Pessar. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Dez.
13. Frankenstein, K., Zur instrumentellen Dilatation des Introitus vulvae. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 1157. (Hohle Hegarstifte.)
14. Funke, Ein praktisches Instrument. Ebendas. Nr. 13. (Pinzette und Zange für Michelsche Klammern in einem Instrument vereinigt.)
14a. Gelli, G., Un nuovo speculum a valve mobili. (Ein neues Spekulum mit Auslösungsklappen.) La Gin. IX. Fasc. 10. p. 308. Firenze. (Artom di Sant' Agnese.)
15. Heinrich, A., Neue Okklusiv-Spüldilatatoren zur Behandlung der weiblichen Harnröhrengonorrhoe. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37.
16. Herschel, Apparat für Elektrovibrationsmassage. Ebendas. Nr. 21.
17. Holzapfel, Demonstration eines Bauchspekulums und von Haltern für Waschschalen. Ebendas. Nr. 30. p. 1688.
18. — Waschbeckenträger für Operations- und Verbandräume. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35.
19. John, Ein neuer Cervixdilatator. Ther. Gaz. 1911. p. 685. (Von Hirst erfundener Gummisack mit Manometer.)

20. Jolly, Schraubstockspekulum; neuer automatischer Bauchdeckenhalter. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 43.
21. — Ein neuer Nadelhalter; Uterusdilatatorium. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 4.
22. Joseph, Eug., Eine zur Kystoskopie verbesserte Blasenspritze. Berl. klin. Wochenschrift Nr. 39.
23. Krömer, Das Doppelluftkissen für den Operationstisch. Verh. d. deutsch. Naturf.-Ges. Karlsruhe. II. Teil. 2. Hälfte. p. 242.
24. Lane, A new abdominal support. Lancet. March 9. (Leibbinde mit Aluminiumplatten.)
25. Mackenrodt, Unterbindungsnadel mit Fadenfänger zur Ausführung tiefliegender Unterbindungen und Umstechungen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 8.
26. Markow, Ein neuer gynäkologischer Sessel. Journ. akusch. i shensk. boles. April. (H. Jentter.)
27. Michelson, Instrumentensterilisator und Universalinstrumentiertisch. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 51.
28. Müller, A., Ein Massagetisch mit Beckenhochlagerung, zugleich Universaltisch für die Untersuchungen und operativen Eingriffe des praktischen Arztes. Ebendas.
29. Nyström, Eine Saugspritze zum Betrieb mit einer Hand. Zentralbl. f. Chir. Nr. 51.
30. Ottow, Ein primitives Blasenphantom zu kystoskopischen Übungen. Zeitschr. f. gyn. Urol. III. Heft 5.
31. Peacock, A suprapubic Drainage-Tube. Journ. Amer. Med. Assoc. Jan. 27.
32. Perlsee, Ein Beitrag zur Uterusmassage. Prager med. Wochenschr. Nr. 27. (Doppelkolpeurynther.)
33. Petersen, E., Neues Okklusivpessar. Verh. d. deutsch. Naturf.-Ges. II. Teil. 2. Hälfte. p. 247.
34. Pettenkofer, Zur Behandlung der postoperativen Darmparese resp. Paralyse. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 45. (Sonde für elektrische Darmeinläufe.)
34a. Poduschko, Demonstration einer Modifikation der Wertheimschen Klemme für die radikale Uteruskrebsoperation. Wratsch. Gaz. Nr. 15. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu Kiew. (H. Jentter.)
35. Roosen, Instrument zum aseptischen Katheterismus. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 41.
36. Saniter, Verbesserte Kugelzange. Ebendas. Nr. 38.
37. Schepelmann, Eine Ligaturklemme. Zentralbl. f. Chir. Nr. 23.
38. Sieber, Zur Heissluftbehandlung in der Gynäkologie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 5. (Heissluftdusche „Föhn" mit Zelluloidröhrenansatz.)
38a. Stankiewicz, C., Demonstration neuerer Instrumente für den Bauschchnitt, Dilatatoren für die Bauchwunde von Ricard, Gosset, Faurés Rahmen mit breitem Löffel zum Abhalten der Därme, Bauchhöhlenlöffel von Polosson. Gyn. Sitzg. der Warschauer Ärztl. Ges. vom 9. Febr. Przeglad chir. i gin. Bd. 7. Heft 3. p. 369. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
39. Stidston, A new portable operating table. Lancet. March 30.
40. Thöle, Metallstülpe für das Aufbewahrungsgefäss von Catgut — Kuhn. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 115. Heft 1/2.
41. v. Tobold, Technische Neuheiten. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 18. (Blinddarmzange; Venenkompressor; Behälter zur sterilen Aufbewahrung von Spritzen und Kanülen; Verbandstoffsterilisator.)
42. Unger und Sturmann, Die Verwendung von Saugluft im Operationssaal. Arch. f. klin. Chir. Bd. 98. Heft 1. (Saugvorrichtung mittelst Wasserstrahlpumpen oder kleiner Maschinen, kann das Operationsfeld blutleer halten und Eiterherde entleeren.)
43. Wise, A uterine-cervix tube. Lancet. April 6.
44. Wolff, Max, Ein neuer elektrischer Miniaturscheinwerfer für Mikroskopie, wissenschaftliche Photographie und zur Beleuchtung von anatomischen Präparaten und Operationsfeldern. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 53.

Neue Operationsmethoden.

1. Aubert, Über die Technik der zum Zweck einer Drainage ausgeführten Hysterotomie bei Laparotomien. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11. (Das v. Tothsche Verfahren ist schon 1906 von Faure zitiert; Beuttner wendet es an.)

2. *Bazy et Chambard, Indications et résultats de l'hystérectomie par décollation antérieure. Rev. de Gyn. Sept.
3. *Beckmann, W., Zur Technik der Blasenscheidenfisteloperationen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. Heft 1.
4. *Bertolini, Endoperitoneale Verkürzung der runden Bänder nach den Methoden von Webster-Franke, Menge-Stolz, Alfieri. Gyn. Rundschau. Heft 21.
5. Brochin, A propos de l'hystérectomie vaginale. Presse méd. Nr. 50. (Bevorzugt den vaginalen Weg.)
6. Brüno, Zur Technik der Wertheimschen Operation. Ein Fall von Uterussarkom. Wratsch. Gaz. Nr. 22. Sitzungsber. d. geb.-gyn. Ges. zu Kiew. (H. Jentter.)
7. Buzzi, Isteropexia indiretta per via laparotomica. L'Arte Obst. Nr. 3.
8. Child, An ideal abdominal incision for pelvic surgery in the female. Journ. Amer. Med. Assoc. Jan. 13. (Suprasymphysärer Querschnitt. Der Pyramidalis wird nur vom Rektus, nicht aber von der Linea alba abgelöst. Sonst kein Unterschied von den üblichen transversalen Inzisionen.)
8a. Coen, G., L'emisezione uterina come primo tempo della istero-ooforosalpingectomia addominale nelle annessiti. (Die Hemisektion des Uterus als erster Zeitabschnitt der Hystero-oophoro-salpingectomia abdominalis bei Annexitis.) Atti della Soc. di Ostetr. e Ginec. Vol. 18. (Artom di Sant' Agnese.)
9. Czerwenka, Ein Vorschlag zur Verhütung von Impfmetastasen im Paravaginalschnitt. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11. (Czerwenka will nach der Umschneidung der karzinomatösen Portio eine Gummikappe mit Schnürfaden überstülpen.)
10. *— Vaginale Fixation des Uterus nach abdominaler Köliotomie (Vesico-Vaginofixatio uteri abdominalis). Ebendas. Nr. 12.
11. Delauney, A propos de l'hystérectomie vaginale. Presse méd. 20 Juill. (Delauney verwendet jetzt die vaginale Methode für Myome geringer Grösse nur noch bei fetten Frauen.)
12. Delbet, A propos de l'hystéréctomie vaginale. Ebendas. Nr. 64. (Die vaginale Totalexstirpation soll bei verbreitetem Karzinom gewählt werden und brachte Delbet 5 % Mortalität und 12 % Heilungen. Bei günstigeren Verhältnissen operiert er vom Abdomen aus. Bei Beckeneiterungen werden auch nur schwere Fälle vaginal operiert (12 % Mortalität). Im ganzen hat Delbet für vaginale und abdominale Hysterektomien 4 % Mortalität.)
13. Desfosses, La stérilisation des objets de pansement. Ebendas. Nr. 74. (Empfiehlt Temperaturen von 130° im Autoklaven.)
14. Dorsett, A simple operation for repair of the female perineum, based on the anatomy of the parts. Journ. Amer. Med. Assoc. Sept. 28. (Quere Damminzision und Levatorennaht, die sich nicht wesentlich von ähnlichen Methoden unterscheidet.)
15. Fleischmann, Vaginale Korpusamputation und Korpusresektion. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 9. (Weist nach, dass das Verfahren von H. W. Freund stammt.)
16. *Flöel, Bemerkungen zu der Schubertschen Scheidenbildung und Bericht über einen weiteren Fall. Ebendas. Nr. 24.
17. *v. Franqué, Scheidenbildung aus dem Rektum nach Schubert bei angeborenem Scheidenmangel. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. XXXVI. Ergänzungsheft. (Ein Fall.)
18. *Godwin, Intraperitoneal injections of oxygen during certain abdominal operations. Brit. med. Journ. Sept. 14. Lancet. Sept. 21.
19. *Goebel, Plastischer Ersatz des vorderen Teiles des Mastdarmrohrs durch die hintere Scheidenwand. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31.
20. Goffe, The principles involved in the operation for extrem cases of procidentia; an operation for permanent relief. VI. Internat. Kongr. f. Geb.
21. *Hans, Die Flügelung des Uterus als Radikaloperation des Vorfalls. Zentralbl. f. Chir. Nr. 16.
22. *Heile, Über Behandlung des Mastdarmvorfalles. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 13.
23. Hesse, Die Bedeutung der freien Netzplastik in der Bauchchirurgie. Russki Wratsch. Nr. 39. (In der freien Netzplastik haben wir eine wirksame blutstillende Methode. Das Hauptgebiet dafür ist die Leber- und Milzchirurgie. Die Vorteile dieses „lebenden Tampons" dort, wo es unmöglich ist, Nähte anzulegen, sind augenscheinlich. Die Gefahr einer Nachblutung ist gleich Null, deswegen soll die völlige Schliessung der Bauchhöhle angestrebt werden.) (H. Jentter.)
24. *Heusner, Über eine neue Operation der Retroflexio uteri. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13.

25. *Hirst, An operation for prolapsus uteri without disturbance of anatomic relations and without the necessity for abdominal section. Journ. Amer. Med. Assoc. March 23.
26. Hofbauer, Über plastischen Ersatz der Vagina. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 46. (Unwesentliche Modifikation der Haeberlinschen Methode.)
27. *v. Holst, Zur operativen Behandlung der Prolapse des Uterus Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5.
28. *Jianu, Intraabdominale Myorrhaphie des Musc. levator ani bei Uterusvorfällen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. XXXVI. p. 705.
29. *Juvara, De la création d'un vagin dans les cas d'absence congénitale par dédoublement de l'espace intervésico-rectal suivi soit d'autoplastie par manchon cutané, soit de transplantation intestinale. Rev. de Gyn. Nr. 51.
30. *Lampe, Über Verwendung von Kampferöl bei der Anlegung und Naht von Operationswunden. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17.
31. *Lengemann, Ersatz der exstirpierten Harnblase durch das Cökum. Zentralbl. f. Chir. Nr. 50.
32. Lopez, Traitement des prolapsus génitaux complets dans l'époque de la menopausis. VI. Internat. Kongr. f. Geb. (68 Operationen nach Landau mit einem Todesfall.)
33. *Martin, Ed., Zur Anatomie und Technik der Levator-Fasziennaht. Arch. f. Gyn. Bd. 97. p. 301.
34. Mc Arthur, Harnröhrenplastik beim Weibe. Zeitschr. f. gyn. Urol. III. Heft 3. (Nach einer Plastik legte Mc Arthur an die Stelle des Sphincter urethrae ein Hodgepessar, das an einer auf ihm sitzenden vergoldeten Feder eine Pelotte trägt, die die Urethra gegen den Arcus pubis drückt.)
35. *Newman, Tracheloplasty. Surg., Gyn. and Obst. July.
36. *Pankow, Die Behandlung der Retroversio-flexio uteri durch Verdoppelung der Ligamenta rotunda. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39.
37. *Paunz, Ein auf perinealem Weg mit der Entfernung en bloc des ganzen Genitalapparates und Rektums erfolgreich operierter Fall von Scheidenkrebs. Ebendas. Nr. 16.
38. *Perthes, Zur Erleichterung der Naht beim queren Bauchschnitt. Zentralbl. f. Chir. Nr. 37.
39. Rieck, Vaginale Korpusamputation und Korpusresektion. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 3 und 21. (Beschreibt das H. W. Freundsche Verfahren als eigene Operation. Guter Erfolg bei Blutungen ohne völliges Aufheben der Menstruation. S. auch Fleischmann, Nr. 15.)
40. *— Die Extraperitonisierung vaginaler Bauchhöhlenoperationen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. XXXVI. p. 614. (Nicht klare Darstellung. Rieck scheint nach dem Paradigma der Schautaschen Interpositio uteri vaginalis die Gebärmutter oder Operationsstümpfe nach allen möglichen Bauchhöhlenoperationen durch das geöffnete Spatium vesico-uterinum in die Scheide einheilen zu wollen.)
41. *de Rouville, De l'évidement systématique du moignon cervicale dans l'hystérectomie subtotale. La Gyn. Sept.
42. *Schubert, G., Zwei weitere Fälle von Scheidenbildung bei angeborenem Vaginaldefekt. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 7. (Zwei weitere Fälle seiner früher beschriebenen Methode: Bildung einer Scheide aus dem Rektum.)
43. Solms, Die Entlastung des Peritoneums postoperativ durch die Isolierung des operativen Wundgebietes durch die Isolierung der Adnexstümpfe. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 41. p. 2254. (Schon früher mitgeteilt.)
43a. Spinelli, P. G., Sul trattamento delle ferite del peritoneo. (Die Behandlung der Peritoneumwunden.) Supplemento all' arch. Ital. di Ginec. Napoli Anno XV. Fasc. Nr. 12. (Artom di Sant' Agnese.)
44. Spoerl, Eine Variation der üblichen operativen Behandlung der weiblichen Prolapse. Ebendas. Nr. 18. (Spoerl nimmt an, dass, wenn man eine vordere Scheidenanfrischung nach Raffung der Blase quer vernäht, derselbe Effekt geschaffen wird, wie bei der Schauta-Wertheimschen Operation.)
45. *Sprengel, Zur Erleichterung der Naht beim queren Bauchschnitt. Zentralbl. f. Chir. Nr. 24.
46. *Stoeckel, W., Über die Bildung einer künstlichen Vagina. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1.
47. v. Toth. Über die Technik der zum Zweck einer Drainage ausgeführten Hysterotomien bei Laparotomien. Ebendas. Nr. 2 und 19. (S. auch Aubert, Nr. 1. — Nach Adnexoperationen, die eine Drainage nötig machen, amputiert v. Toth den Uterus, schneidet die hintere Kollumwand bis in die Scheide ein, drainiert hier durch und vereinigt die Ligamentstümpfe über dem geschaffenen Kanal.)

48. *Wagner, G. A., Zur Operation grosser Genitalprolapse. Ebendas. Nr. 28.
49. *Wakefield, The use of the continuous fixed laparotomy sponge. Amer. Journ. of Obst. Oct.
50. Walcher, G. sen., Zur Technik der Vesikoventrifixur. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27. (Näht wie Werth die wundgemachte vordere Uteruswand median vollständig an die Blase, schaltet also die Plica aus und verzichtet auf die eigentliche Ventrifixur.)
51. *Watkins, Transposition of the uterus and bladder in the treatment of extensive cystocele and uterine prolapse. Amer. Journ. of Obst. Febr.
52. Weinhold Bauchdeckenplastik. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 38. (Modifiziert jetzt, um den Nabel zu erhalten, seine Bauchdeckenplastik dadurch, dass er einen zweizipfligen Lappen bildet, zwischen dessen Schenkeln der Nabel liegt.)
53. *White, George, Eine anatomische Operation zur Beseitigung der Cystocele. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Wom. Febr.
54. Worall, The technique of securing the vessels in pelvic abdominal surgery. Journ. of Obst. and Gyn May. (Empfehlung isolierter Gefässligaturen.)

Zur Erleichterung der Naht beim queren Bauchschnitt machen Perthes (36) und Sprengel (43) Vorschläge. Um ein Zurückweichen der Rekti zu verhüten, spaltet Perthes nach Freilegen ihrer vorderen Scheide die Bauchwand und das Peritoneum quer und vernäht auf einem in die Bauchhöhle eingeführten Finger die Rekti mit ihrer vorderen Scheide oben und unten, dann werden die Muskeln quer durchtrennt und später wieder vernäht. — Sprengel (43) legt zuerst eine feste Matratzenaht durch die Linea alba, dickes Catgut, und knüpft sie sofort, wodurch die Wundränder sich nähern. Nach der Naht des Peritoneums und der hinteren Rektusscheide legt er Matratzennähte durch den Muskel und die vordere Rektusscheide. — Vor dem Bauchschnitt entfettet Lampe (29) die Haut des Operationsfeldes mit Äther und reibt sie dann kräftig mit 2 % sterilisiertem Kampferöl ein. Letzteres wird dann auch in die Inzision gegossen, überschüssiges aufgetupft; dies geschieht noch einmal am Ende der Operation vor der Anlegung der Naht. Eine Art „Einhüllung" der Bakterien soll die Wirkung erklären. — Godwin (18) lässt nach der Operation Sauerstoff über heisser Kochsalzlösung durch einen Trokar in die Bauchhöhle einbringen zur Vermeidung von Adhäsionen und bei Peritonitis tuberculosa und septica.

Wakefield (47) verwirft alle Einzeltupfer. Er heftet das eine Ende eines sehr langen Gazestreifens innen an den Boden einer sterilen Gazetasche. Operateur und Assistent haben je eine solche Tasche nahe dem Operationsfeld liegen und ziehen fortdauernd neue Abschnitte der Gaze aus dem Beutel, um zu tupfen.

Bei Frauen im klimakterischen Alter mit chronischer Adnexentzündung und Beckenperitonitis rät Czerwenka (10) den Uterus nach der abdominalen Köliotomie vaginal zu fixieren. Von einem Pfannenstielschnitt aus löst er die Adhäsionen, inzidiert die Plica vesico-uterina, schiebt die Blase ab und legt das vordere Scheidengewölbe bloss. Hier näht er dann den Fundus uteri fest, auf dessen hintere Wand die Blasenserosa aufgenäht wird. Ähnlich verfährt Rieck (38).

de Rouville (39) nimmt an, daß im Cervixstumpf nach der Amputatio uteri myomatosi „oft" infektiöses Material sitzt; er schneidet daher regelmässig die ganze Schleimhaut samt dem submukösen Gewebe aus, wonach allerdings nur ein dünner Schlauch übrig bleibt.

Die Hysterektomie führten Bazy und Chambard (2) nach Faure aus: Beginn mit dem Abschieben der Harnblase, die sich nach dem Klemmen und Anziehen der Lig. rot. in ihrer Mitte bequem abhebt; dann Perforieren des hinteren Blattes der Lig. lata, Befreien des Kollum, Unterbinden der Gefässe. Jetzt folgt das quere Abtragen des Gebärmutterkörpers mit der Schere und darauf erst die Auslösung und Entfernung der Adnexe. Indikationen sind schwere Adnexentzündungen, Myome und intraligamentäre Tumoren. Die leichte Lösung von Adhäsionen bei dieser Methode, die übrigens mancher anderen ähnelt, ist schon

mehrfach hervorgehoben worden. Die Autoren verfügen über 129 Operationen mit zwei Todesfällen.

Eine abdominale Retroflexionsoperation Alfieris teilt Bertolini (4) mit. Pfannenstielschnitt, Lösen von Adhäsionen. 3 cm vom Ansatz entfernt wird der Peritonealüberzug des Lig. rot. längs eingeschnitten, und das Band dort weit durchgeführt, bis es zwischen zwei Ligaturen durchschnitten werden kann. Das periphere Ende zieht man durch eine Öffnung in der Mesosalpinx. Ferner sticht man mit dem Messer einen 2—3 cm langen horizontalen Kanal in die hintere Uterusfläche etwa bis zur Fundusmitte und führt das periphere Ligamentstück auch hier durch, wo es dann durch Nähte befestigt wird. Das zentrale Ende wird ans Lig. lat. genäht. — Pankow (34) durchschneidet die Lig. rot. etwa in ihrer Mitte und fixiert das distale Ende am Uterus, das proximale am inneren Leistenring. — Heusner (23) faltet die Lig. lata und vernäht sie an der hinteren Uteruswand. Auch die Lig. suspensoria werden gerafft, ebenso die infundibulo-pelvica. In den ersten Tagen nach der zuerst ausgeführten Operation starke Reizerscheinungen, Erbrechen und Meteorismus, der sich wiederholte, „anscheinend durch Abknickung des Mastdarmes". Ähnlich nach einer zweiten Operation dieser Art.

Prolapsoperationen. v. Holst (26) amputiert den Uterus, bedeckt die Amputationsfläche aber nicht mit Peritoneum, sondern versticht die fortlaufende Naht des Periton. pariet. hinten am Stumpf, der dann noch mit der Bauchfaszie vernäht wird. — Hans (21) fügt zu der Kocherschen Exohysteropexie die Exzision beider Tuben und, was überflüssig erscheint, eine „Flügelung" der Gebärmutter. Er exzidiert nämlich einen Keil aus dem Korpus und näht jeden der so entstandenen Flügel an die hintere Rektusfläche, die abpräparierte vordere Sehnenplatte dieser Muskeln über den Uterusdefekt und schiebt ein Drainrohr durch das Kavum in die Scheide. — Jianu (27) führt die Levatorennaht vom Bauche her aus, indem er nach Ablösen der Blase von Uterus und Scheide „bis in die Nähe der Vulva" stumpf vordringt; die freiliegende Scheide wird mittelst einiger Nähte gefaltet. Dann folgt das Annähen der Blase an den Uterusfundus! Das alles ist aber nur bei grossen Cystocelen nötig. In einfacheren Fällen begnügt sich Jianu mit der Naht der Levatoren hinter der Scheide. Dazu wird das Douglasperitoneum am Grund der Tasche eingeschnitten, das Rektum abgeschoben. Die Levatoren werden bei starkem Anziehen des Uterus freigelegt und aneinander gelegt. Dabei wird die Scheide mitgefasst, sie faltet sich demnach. Bei Rektocele gehen die Fäden auch durch diese. Schliesslich folgt noch die Verkürzung der runden Bänder. — Watkins (49) operiert ungefähr wie Schauta mit der vorderen Interpostition, löst die Blase seitlich aber nicht ab, und legt, entgegen andern, Gewicht darauf, den Fundus uteri möglichst nahe am Introitus zu fixieren. Keilexzisionen aus dem Uteruskörper oder Portioamputationen sind gegebenenfalls vorauszuschicken. Ausgezeichnete Abbildung gibt Watkins bei. — Um die natürliche Verbindung der Harnblase mit dem Os pubis und dem Arcus tendineus der Beckenfaszien wieder herzustellen, eröffnet White (51) bei Cystocelen das Bauchfell abdominal seitlich von der Blase und verschiebt dieselbe bis er den Fornix vaginae, der von unten her angedrängt wird, fassen kann. Er heftet ihn an den Arcus tendineus. Vaginal ist die Operation schwierig und wohl unsicherer. Es soll das Scheidengewölbe seitlich eingeschnitten werden, worauf man nach mässigem Abschieben der Blase sich stumpf bis zur Spina ischii arbeitet und die Vagina hier ans Bindegewebe heftet. Keiner dieser Eingriffe scheint zu genügen. — Hirst (24) spaltet die vordere Vaginalwand, löst sie von der Blase ab und amputiert die Portio. Wenn er dann 3—4 Nadeln durch die Basis der Lig. lata und die vordere Korpuswand so hoch wie möglich anlegt und knüpft, ohne das Bauchfell zu eröffnen, so ist es gewiss Glück, wenn die Ureteren und andere wichtige Teile vermieden werden. Eine ausgedehnte Kolpoperineorrhaphie schliesst sich an.

Wagner (48) beschreibt eine an der Klinik Wertheim geübte Operationsmethode für grosse Prolapse, die in der Verpflanzung der uterinen Enden der Sakrouterinligamente auf die vordere Cervixwand besteht. Das Korpus uteri wird durch vorderen Scheidenschnitt herausgewälzt, die Lig. sacro-uterina nach Einschneiden des Peritoneums hart am Uterus mobilisiert und durch ein Loch in den Lig. lat. ebenfalls direkt am Uterus durchgezogen. Sie werden vorn tief unten am Kollum gekreuzt und vernäht. Schliesslich folgt noch die Interpositio uteri und eine Dammplastik. — Ed. Martin (33) teilt das Verfahren Bumms mit, das sich nicht wesentlich von anderen Methoden der Levatorennaht, speziell von der Heidenhains unterscheidet. Querschnitt nahe der Kommissur, Abpräparieren eines Lappens, stumpfes Eindringen beiderseits bis zu den Levatorrändern, Abdrängen des Mastdarms, quere Vereinigung der Muskeln, wobei die ersten Nadeln in das Diaphragma urogenitale eingestossen werden und ein Hauptaugenmerk auf die Raffung der Faszien gelegt wird.

Paunz (37) entfernte bei einer 51 jährigen Frau, die an einem Ulcus carcinomatosum der hinteren Vaginalwand litt, das am Rektum adhärierte, letzteres und den ganzen Genitalschlauch auf peritonealem Wege. Nach Umschneidung der Scheide im Introitus wird die Analöffnung vernäht. Sagittale Inzision vom hinteren Analrand bis zum Sakrum, Entfernung des Steissbeins. Von dort aus wird Rektum und Vagina ausgelöst und letztere von der Blase abgeschoben. Dann breite Eröffnung des Bauchfells und Vorstülpen der Gebärmutter samt Adnexen. Versorgung der Ligamente und Loslösung der inneren Genitalien. Lockerung des absteigenden Kolon, an dem der ganze Komplex hängt. Das Peritoneum wird an die Levatoren genäht, das Diaphragma urogenitale rekonstruiert, das Rektum an die Haut und das Sakrum fixiert. Endlich wird der Darm durchschnitten und die ausgelösten Organe entfernt. Glatte Heilung.

In zwei Fällen von Mastdarmvorfall nähte Heile (22) die Portio vaginalis mit einer doppelten Knopfnahtreihe an die vordere Rektalwand und interponierte den Uteruskörper und die vordere Scheidenwand. Dann wurde eine vordere und hintere Kolporrhaphie angefügt.

Bei einer grossen Mastdarmscheidenfistel, die nach einer vaginalen Exstirpatio recti wegen Karzinom zurückgeblieben war, konnte Goebel (19) einen plastischen Ersatz durch umgeklappte Lappen der hinteren Vaginalwand schaffen.

Beckmann (3) gibt an, dass man bei tiefer Spaltung der Ränder einer Blasenscheidenfistel die Blase von der Scheide so weit trennen kann, dass jede mit Catgutknopfnähten isoliert zu vernähen ist. Entspannungsschnitte in der Scheide sind dabei oft vorteilhaft. Eine dünne Blasenwand vernäht man am besten in zwei Etagen mit Lembertschen Nähten. Narbenstrikturen des Ureters müssen vor der Operation längere Zeit durch Dilatation mit Hegarschen Stiften vorbereitet werden. Bei grossen Zerstörungen des Septum vesico-vaginale operiert Beckmann nach Walkowitsch-Küstner und näht die angefrischte Fistel auf die herabgezogene Cervix uteri, welch letztere er noch zweckmässig an das Periost des Schambeins anheftet.

Einen Ersatz der exstirpierten Harnblase durch das Cökum schaffte Lengemann (31). In der ersten Sitzung wurde Cökum und Colon ascendens samt 30 cm Ileum ausgeschaltet und das proximale Ileumende ins Querkolon eingepflanzt. Einige Wochen später zweiter Eingriff: Exstirpation der Harnblase. Das ausgeschaltete Ileumende wurde durch eine Öffnung im Peritoneum nach abwärts gezogen und darauf die Ureteren in dieses Darmstück implantiert.

Seitdem G. Schubert eine brauchbare Methode der Scheidenbildung aus dem Rektum angegeben hat, sind mehrere diesen Weg gegangen. Schubert (42) selbst teilt zwei neue Fälle mit, v. Franqué (17) einen; Flöel (16) rät, die Operation zweizeitig auszuführen, um einer Darmnekrose vorzubeugen. Der erste Akt besteht in der Resektion des Steissbeins und dem Freipräparieren des herabzuleitenden Darmstückes; der zweite — nach zwei Tagen — in der Bildung der Vagina. —

Stoeckel (46) bildete einem 23jährigen Mädchen mit Defectus vaginae eine Scheide ungefähr nach der Methode von v. Ott, indem er von unten her stumpf einen Kanal herstellte und dann nach Laparotomie den Douglas durchbohrte, das Peritoneum desselben an Fadenzügeln dort hineinleitete und den Bauch wieder schloss. Dann wurden die Peritoneallappen bis an die äussere Haut gezogen und angenäht. Eine vier Wochen lang fortgesetzte Tamponade verhinderte eine Verengerung des Kanals nicht. Es bildete sich eine Rektalfistel, die aber spontan heilte. Ein dauernder Erfolg wurde nicht erreicht. — In einem zweiten Falle brachte die Methode von Baldwin — Verpflanzen eines Dünndarmstückes — ein befriedigendes Resultat. — Juvara (29) operierte ebenfalls nach Baldwin. In einem Fall schuf er stumpf einen Kanal zwischen Blase und Mastdarm. Ein aus der Hinterbacke genommener Hautlappen wird um einen dicken Hegarschen Stift genäht und so — mit der blutigen Fläche nach aussen — in den neugeschaffenen Kanal gebracht, wo er durch Gaze angepresst wird.

Tracheloplastik nennt Newman (35) eine Exzision der Portio vaginalis. Nach Dilatation und Ausschabung wird die Portio bilateral inzidiert, das kranke Gewebe wird ausgeschnitten und die Schleimhaut in die Inzisionsschnitte genäht.

IV.

Pathologie des Beckenbindegewebes.

Referent: Prof. Dr. Fritz Kermauner, Wien.

1. Abadie et Rangé, Deux cas de cyste du vagin d'origine Wolffienne. Annal. de gyn. 1909. Févr.
2. *Alamartine und Maurizot, Die genitalen Hypernephrome der Frau (Tumoren des Ligamentum latum und des Ovariums vom Nebennierentypus). Revue de gyn. Tome 18. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46. p. 1559. (Orangegrosser intraligamentärer Tumor bei 56jähriger Frau mit myomatösem Uterus. Blase ergriffen, Iliakalgefässe umwachsen, so dass sie reseziert werden mussten; Durchbruch ins Peritoneum. Farbe des Tumors auf dem Schnitt schwefelgelb; zahlreiche Blutungen.)
3. *Albrecht, Hans, Über kongenitale Nierendystopie. Münchn. gyn. Ges. 16. Nov. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5. p. 140. (Siehe Jahresbericht 1911 p. 76.)
4. *Alexander, Hugo, Über Beckensarkome im Kindesalter. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 58. p. 160. Inaug.-Diss. München. (Zusammenstellung von 18 Fällen; 16 Osteosarkome darunter. 6 Knaben, 12 Mädchen. Die Beckenorgane werden verlagert, komprimiert, aber selten vom Tumor direkt durchsetzt. Auch das Peritoneum bleibt fast immer verschont. Mitunter ist hohes Fieber vorhanden.)
5. Amann, Grosses Beckensarkom, vom Os pubis ausgehend, mit Blasenresektion exstirpiert. Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. in München. 7. Juli. Ber. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 37. p. 1224. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 590 (Vorläufig ein Jahr lang rezidivfrei.)
6. *— Drei Fälle von Adenomyositis retrouterina. Ebenda. (Bei zwei Fällen Ausgang vom Serosaendothel nachgewiesen.)
7. Arrou, Kyste hydatique du petit bassin. Soc. de chir. 3 juill. La Presse méd. Nr. 56. p. 591. (55jähriger Mann, seit einer Woche Schmerzen und Fieber. Oberhalb der Symphyse zystischer Tumor, erst als volle Harnblase angesprochen. Punktion ergibt Eiter. Extraperitoneale Inzision ergibt eine vereiterte Hydatide des Beckenbindegewebes. Drainage. Heilung.)

8. Aschheim, Retroperitoneales, gemischtzelliges Sarkom. Ges. d. Charité-Ärzte in Berlin. 5. Dez.
9. Atkinson, Unusual form of perineal hernia. Brit. med. Journ. 1911. March 4. p. 493.
10. *Bauer, Siegfried, Über Tamponbehandlung und ihre Ausführung unter Anwendung von Sulfoformöl. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. p. 645. (Bauer glaubt, dass Stützwirkung und medikamentöse Wirkung in Betracht kommt. Es empfehlen sich daher möglichst grosse Tampons. Statt der verschiedenen Glyzerinlösungen rät er Sulfoformöl (10 % Sulfoform in Olivenöl). Den Tampon lässt er 2—3 Tage liegen, braucht also zwischen zwei Menstruationen 6—8 Tampons. Erst nach Entfernung der Tampons aus der Scheide bekommen sie an der Luft einen unangenehmen Geruch. Kein Beschmutzen der Wäsche.)
11. Beddard, Oliver, Behandlung der Coccygodynie. Brit. med. Journ. April 13. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 18. p. 870. (Eine durch Sitzen auf harten Bänken oder durch Radfahren aufgetretene Coccygodynie wurde durch Tragen einer (abgebildeten) Leibbinde, an der beim Sitzen die Tubera auf je einen Gummiring zu liegen kamen, beseitigt.)
12. Bender, Sur un cas de phlegmon du ligament large. Soc. de gyn. et d'obst. de Paris. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 386. (Nichts berichtet.)
13. Bochenski, Über sub partu entstehende Hämatome des parametranen Bindegewebes. Lwowski Tygodnik Lek. 1911. Nr. 39, 40. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 23. p. 879. (Sechs Stunden nach spontaner Erstgeburt hühnereigrosses Hämatom im Labium. Tags darauf Tumor bis drei Finger unterhalb des Nabels. Hochgradige Anämie. Fieber. Bei Inzision von unten wurden ¾ Liter Blut entleert. Heilung nach neun Wochen.)
14. Bonamy, M. R., Kyste hydatique du cul de sac posterieur. Soc. des chir. de Paris. 29. Nov. (30jährige Frau mit orangegrossem, retrouterinem Tumor, der zwischen den Sakrouterinligamenten lag, in Adhäsionen eingebettet. Operation.)
15. *Borsuk, M., Hydrocele muliebris. Med. i kron. lek. 1911. Nr. 41—42. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33. p. 1094. (16jährige Virgo mit wurstförmiger Geschwulst, die vom Leistenkanal in die rechte grosse Schamlippe reicht und seit einigen Monaten Faustgrösse erreicht hat. Exstirpation. Die Geschwulst hat Sanduhrform; der farblose Inhalt lässt sich nur schwer aus der einen Hälfte in die andere verschieben. Borsuk nimmt an, dass der intraabdominale Teil aus im Lig. rot. verstreuten Zellen des Wolffschen Körpers, der inguinale aus dem offenen Proc. vagin. entstanden ist. Durch Dehiszenz der Wände kam es zur Kommunikation.)
15a. Bovin, E., Fall von Adenomyom des Lig. rotund. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. Nr. 4. (Silas Lindquist.)
16. Bretschneider, R., Beitrag zur Dystopie der Niere (Beckenniere). Arch. f. Gyn. Bd. 98. Heft 2. (30jährige Frau, die vor drei Jahren eine schwere Geburt durchgemacht hat, wird bald nach Ausschabung (wegen vermeintlichen Abortus) untersucht. Links neben dem Uterus unbeweglicher Tumor. Annahme einer Extrauterinschwangerschaft. Laparotomie. Der retroperitoneale Tumor wird exstirpiert und als Beckenniere erkannt. Bretschneider empfiehlt häufigere Beachtung der palpatorischen Albuminurie. Sollte einmal versehentlich eine dystope Solitärniere exstirpiert worden sein, so könnte man an Reimplantation mittelst der Carellschen Gefässnaht denken.)
17. — Beitrag zur Dystopie der Niere. Ges. f. Geb. u. Gyn. in Leipzig. 19. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34. p. 1115.
18. *Brosz, Alexander, Fremdkörper im Parametrium. Gyn. Sekt. des k. ung. Ärztevereins zu Budapest. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31. p. 1033. (Ein Teil einer Beinhaarnadel wurde von der Patientin, die sich angeblich selbst untersuchen wollte, eingeführt. Plötzlicher Schmerz. Die Nadel blieb in der Scheide. Sechs Wochen Krankenlager mit Fieber. Nach dieser Zeit nahmen die Schmerzen zu. Die Nadel liess sich von der Scheide aus fühlen; sie lag paravaginal. Mit einer Zange wurde sie samt der Vaginalwand gefasst, fixiert und durch Einschnitt entfernt. Heilung.)
19. *Büsselberg, Ella, Beitrag zur Belastungstherapie in der Gynäkologie. Inaug.-Diss. Berlin. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Therap. 1913. Heft 3. p. 142.
20. Caliri, Contributo allo studio della leucocytosi e della formula leucocitaria nelle suppurationi pelviche e nella gravidanza extrauterina. Annali di ostetricia e ginecologia. 1910. Nr. 4. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 14. p. 534. (Hyperleukozytose geht den übrigen klinischen Erscheinungen parallel. Eosinophilie ist prognostisch günstig. Bei

Extrauterinschwangerschaft mit starker Blutung findet sich eine bald vorübergehende Leukozytose.)
21. *Cole, The Müllerian origin of some broad ligament cysts. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Nr. 5. (Die walnussgrosse Zyste dürfte wohl eine Parovarialzyste sein. Ein Zusammenhang mit der Tube ist jedenfalls nicht erwiesen. Ref.)
22. Commandeur, Fibrome du ligament large suppuré au cours d'une infection puerpérale. Reunion obstétr. et gyn. de Lyon. 16 Déc. Zit. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1913. Bd. 37. p. 402.
23. Coryllos, L'incision transversale sus-pubienne en gynécologie. Revue de gyn. Nr. 4.
24. *Csohany, J., Riesenmyom. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31. p. 1036. (48jährige Frau, neun normale Geburten; letzte vor acht Jahren. Bis zum Proc. xiphoides reichende zystische Geschwulst; keine Beschwerden. Annahme eines Kystoms. Die Operation ergab ein intraligamentäres Myom von 13,250 g Gewicht. Heilung.)
25. Czyborra, Ein neuer Heissluftapparat für gynäkologische Zwecke. Gyn. Ges. in Breslau. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 372. (Siehe Fortschritte der Medizin. — In der Diskussion gibt Fuchs den Scheidenthermophoren und der direkten Pelvithermie den Vorzug.)
26. Daszkiewicz, Echinococcus des Cavum Douglasii und des linken Eileiters. Przeglad Lek. 1910. Nr. 16. p. 242. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 4. p. 156.
27. *Daude, Otto, Die konservative und operative Behandlung der Frauenkrankheiten im Bade. Med. Klinik. Nr. 27. p. 1112. (Die Radioaktivität der Bäder wird heute nicht mehr so übertrieben eingeschätzt wie noch vor kurzem. Auch die übermässig heissen Bäder sind verlassen; zweckmässiger ist eine mittlere Temperatur (36—38 ° C). Die chemische Zusammensetzung ist von grossem Einfluss, wenn auch die Haut angeblich wenig resorbiert. Bei Moorbädern empfiehlt sich mittlere Dichte und nicht zu grosse Hitze. Der chemische Reiz auf die Hautgefässe setzt bedeutende Zirkulationsänderungen. — Auszuschliessen sind akut entzündliche Prozesse, grosse Körperschwäche, Tuberkulose, Hämoptoe, Arteriosklerose, nicht kompensierte Herzfehler. Solbäder sind kontraindiziert bei Aufregungszuständen und im Klimakterium. Ihr Erfolg lässt sich mit den Moorbädern nicht vergleichen. Kohlensaure Bäder und kohlensaure Stahlbäder wirken als kräftiger Hautreiz auf den Gesamtorganismus. Auch hier dieselben Kontraindikationen. Massage, Belastung, sogar Elektrizität, Liegekuren werden kurz behandelt, operatives Eingreifen ist in besonderen Fällen (Abortus, Extrauterine, Ileus, Appendizitis) nötig, sonst aber vom Bade-Arzt zu vermeiden.)
28. Davidson, L. K., Zur Kasuistik der Tumoren der runden Mutterbänder. Kiew 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33. p. 1094. (Bei 40jähriger Frau ein 1 kg schweres Uterusmyom entfernt. Dasselbe bestand aus drei grossen und ca. 30 kleinen Knoten. Beide Lig. rot. mit mehreren Knoten bedeckt. Die Fasern der Ligamente gehen auf die Knoten über.)
29. *Descomps, Die Blutstillung bei Operationen am Uterus und an den Adnexen. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Févr. (Anatomische Untersuchung über Gefässversorgung mit instruktiven Abbildungen.)
30. Dietrich, A., Fötales Sarkom. Verh. d. deutsch. path. Ges. 1910. (Retroperitonealer Tumor mit massenhaften Metastasen bei achtmonatlicher Frucht.)
30a. Eberle, Ein Fall von Echinococcus des Femur, des Hüftgelenks und der Beckenknochen. Wratsch. Gaz. Nr. 48. Sitzungsber. der Naturf.- u. Ärzte-Versamml. an der Universität Tomsk. (H. Jentter.)
31. Emrich, Über Kolpotomie bei Beckeneiterung. Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. 7. Juli. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 35. p. 1933. (Unter 143 Fällen sind 49 Parametritiden von der Scheide aus eröffnet worden. Auszuschliessen sind Fälle, die so ungünstig liegen, dass Nebenverletzungen möglich erscheinen.)
32. *Erdheim, Sigmund, Über Wismutintoxikation bei Behandlung nach der Methode von Beck (Chicago). Wiener klin. Wochenschr. Nr. 20. p. 749. (Empyem eines neunjährigen Knaben mit Wismutsalbe behandelt.)
33. Exner, A., Über Perinealhernien. Arch. f. klin. Chir. Bd. 98. p. 897. (Bei offenem Hiatus des Sakralkanals Defekt im Beckenboden. Plastik.)
34. *Fairbairn, John S., Ein Fall von Beckentumor, bedingt durch eine spinale Meningocele. Journ. of Obst. and Gyn. 1911. July. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 7. p. 218. (18jährige Patientin mit Tumor im kleinen Becken, der als Dermoid oder Tumor des Beckenzellgewebes angesehen worden war. Bei der vaginalen Operation erweist er sich als Meningocele sacralis anterior. Tod nach zwei Monaten an eitriger Meningitis.

Verf. rät, diese Tumoren bei Beckentumoren differentialdiagnostisch in Erwägung zu ziehen.)

35. Falgowski, Wladislaus, Über entzündliche Adnexerkrankungen einschliesslich der Parametritis. Sammelreferat. Gyn. Rundschau. Heft 8. p. 340.

36. Finsterer, Echinococcus in der hinteren Rektusscheide und im Douglas. Sitzg. der k. k. Ges. der Ärzte in Wien. 29. Nov. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 49. p. 1959. (46jähriger Mann aus Dalmatien, bei dem schon in der Militärdienstzeit ein Leberechinococcus festgestellt worden war, bemerkte seit einiger Zeit eine Geschwulst in der Unterbauchgegend. Leber verbreitert, grobhöckerig. Neben dem Manubrium sterni fünfkronenstückgrosse, fluktuierende Stelle. Links unter dem Rippenbogen runder beweglicher Tumor; ein zweiter, doppelfaustgrosser in der linken Unterbauchgegend, fluktuierend, mit nur undeutlichem Hydatidenschwirren. Im kleinen Becken daneben ein dritter Tumor. Auch im Douglas ein die vordere Mastdarmwand vorwölbender Tumor. Wahrscheinlichkeitsdiagnose Echinococcus. Zunächst in Lokalanästhesie mediane Laparotomie. Der grosse Tumor sass breitgestielt an der vorderen Bauchwand. Bei der Ablösung riss er ein und entleerte Tochterblasen. Exstirpation. Wundbett reicht bis auf die Kuppe der Harnblase. In derselben Sitzung wird in Narkose der Milztumor freigelegt. Die Milz selbst enthielt mehrere kleine Zysten. Wegen der sehr festen Verwachsungen nur Vorlagerung. Nach 12 Tagen wurde der vorgelagerte Tumor eröffnet, zahlreiche abgestorbene Blasen entleert. Zunächst fieberhafter Verlauf. Vier Wochen nach der ersten Operation wird der Beckentumor auf parasakralem Wege operiert (Hochenegg). Resektion des Steissbeins und letzten Kreuzbeinwirbels, Spaltung der Faszie. Nachdem das Rektum beiseite gedrängt worden, wölbte sich eine pralle, fluktuierende Geschwulst vor. Auch hier konnte erst nach Einreissen und Entleerung von Tochterblasen der ganze Sack entfernt werden. Tamponade. Heilung. — Finsterer erwähnt einen von Hochenegg 1903 operierten Echinococcus des grossen Netzes, sowie einen von Lorenz 1903 demonstrierten Echinococcus des Ligamentum latum. Die Lokalisation im Peritoneum und speziell im Douglas ist sehr selten; Frangenheim hat 1908 10 Fälle zusammengestellt. Finsterer empfiehlt die leicht ausführbare parasakrale Operation vor allem deshalb als die allein berechtigte Methode, weil die Gefahr der Aussaat im Peritoneum wegfällt.)

37. Fischer, B., Ausgedehnte Varizen im Nervus ischiadicus bei Wöchnerinnen. Ärztl. Verein in Frankfurt a. M. 10. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 15. p. 838.

37a. Firfarow, Echinococcus des geraden Bauchmuskels. Wratsch. Gaz. Nr. 45. Sitzungsbericht d. geb.-gyn. Ges. zu Tomsk. (Verf. fand in der Literatur von 1899—1912 nur 251 Fälle. Er gibt die Krankengeschichte eines Falles.) (H. Jentter.)

38. Foges, Wechselbeziehungen zwischen Genital- und Flexurerkrankungen. Med. Klinik. 1911. Nr. 47.

39. *Forssner, Hj., Fall von einem zum Rektum sich erstreckendem Adenomyom. Hyg. 1911. Nr. 12.

39a. — Fall von retroperitonealer Kolossalgeschwulst. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. Nr. 2. (Exstirpation einer Mischgeschwulst von 9 kg. Genesung.) (Silas Lindquist.)

40. Franke, Carl, Über die Anthrakose retroperitonealer Lymphdrüsen und die Möglichkeit direkter Metastasen von den Brustorganen zu diesen Drüsen. Naturhistorisch-med. Verein zu Heidelberg. 7. Mai. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 27. p. 1520. (Unter 20 Fällen fanden sich 15 mal anthrakotische Drüsen an der Art. coeliaca, fünfmal am unteren Rande des Pankreas, zweimal noch tiefer, an den lumbalen Drüsen. Die mesenterialen Drüsen waren frei. Der Staub (Bakterien, Tumorelemente) gelangt offenbar auf direktem Wege dorthin; die Annahme retrograder Verschleppung ist überflüssig.)

41. *— Parametritischer Abszess mit Durchbruch beiderseits durch das Foramen ischiadicum in die Regio glutaea. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 10. p. 457. (31 jährige VIIpara, die bereits in der Geburt gefiebert hatte, musste wegen hochgradiger Erregungszustände am 11. Tage p. p. in die psychiatrische Klinik abgegeben werden. Das Fieber hielt an. Untersuchung nicht möglich. Nach ca. vier Wochen Schwellung der linken Gesässhälfte mit Fluktuation und rechts undeutliches Infiltrat. Inzision, Entleerung grosser Eitermengen. Der eingeführte Finger kam in das Foramen ischiad. majus. Schwierige Nachbehandlung der noch immer sehr unruhigen Patientin. 14 Tage danach wegen neuerlichen Ansteigens des Fiebers Inzision rechts, wo das Infiltrat stark zugenommen hatte. Auch hier war das For. ischiad. zu tasten. Heilung. Im Eiter

Streptokokken; im Scheidensekret waren zu Beginn der Erkrankung hämolytische Streptokokken gefunden worden. Franke glaubt, dass der Durchbruch durch das For. ischiad. dadurch begünstigt worden sei, dass Patientin längere Zeit im Dauerbad gehalten wurde; die ständige Kompression der Gesässgegend habe gefehlt.)

42. *Frankl, O., Adenomyoma ligamenti rotundi bei Uterus bicornis unicollis myomatosus Gyn. Ges. in Wien. 12. Dez. 1911. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 14. p. 541. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. p. 650. (45jährige Frau. Klinische Erscheinungen erst seit vier Wochen. Kindskopfgrosser empfindlicher Tumor. Laparotomie. Starke Verwachsungen. Abszesse. Schwierige Operation. Tod am nächsten Tag. Linke Niere und linker Ureter fehlen. Das rechte Horn des Uterus schmal, im linken ein faustgrosses Myom. Beide Lig. rot. sehr dick, am rechten eine linsenförmige Anschwellung, welche sich mikroskopisch als Adenomyom erweist. Die Drüsenschläuche hängen alle untereinander zusammen.)

43. Friedmann, Ernst, Ein Fall von retroperitonealem Myxolipom. Inaug.-Diss. München.

44. Fries, Beckenechinococcus bei Schwangerschaft im myomatösen Uterus. Med. Verein in Greifswald. 8. Dez. 1911. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 12. p. 580. (39jährige Erstgebärende kam im fünften Monat wegen rechtsseitigen Ovarialtumors zur Operation. Der stark verwachsene, teilweise intraligamentäre Tumor wurde exstirpiert. Er erwies sich als Echinococcus. Gleichzeitig wurden zwei Myome enukleiert. Schwangerschaft ungestört. Eosinophilie bestand nicht. Serologische Untersuchung nicht vorgenommen.)

45. *Füth, Erfordert die auf das Rektum übergreifende Adenomyositis die Darmresektion? 84. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte. Münster. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 22. p. 839. (Darmresektion ist nicht nötig. Nach Entfernung des Uterus geht der Tumor und die Stenose des Darmes zurück.)

46. Genau, Étude des kystes dermoïdes presacro-coccygiens. Thèse. Nancy 1911.

46a. Georgiewsky, Intrauterine Injektionen bei eitrigen Prozessen im parametranen Bindegewebe. Wratsch. Gaz. Nr. 14. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu Tomsk. (Erfolg in einem Falle von eitriger Parametritis. Georgiewsky erklärt ihn durch die leichte Resorption der Lösung [sehr bald wird Jod und Speichel gefunden], sowie durch lokale Wirkung aufs Parametrium.) (H. Jentter.)

47. Girard, Kyste séreux (non hydatique) rétropéritoneal. Soc. méd. Genève. 9 Nov. 1911. Revue méd. de la Suisse rom. 1911. p. 837.

47a. Gminder, Kindskopfgrosser, solider Tumor. Ärztl. Verein zu Essen-Ruhr, 26. März. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 24. p. 1157. (Diagnose war auf festsitzendes Dermoid gestellt. Nach Eröffnung der Bauchhöhle Uterus und Adnexe frei gefunden. Der Tumor sitzt links retroperitoneal, auf dem Beckenboden. Ausschälung sehr blutreich. Der Ureter war verdrängt. Wundverlauf kompliziert durch Thrombose der linken Kruralis. Es handelte sich um ein Fibrosarkom, das wahrscheinlich vom Periost des Kreuzbeins ausgegangen ist.)

48. Goldberg, F. H., Über Beckenbrüche unter Berücksichtigung ihres Einflusses auf die Erwerbsfähigkeit. Inaug.-Diss. Leipzig. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 46. p. 2532. (Bericht über 20 Fälle mit Gutachten und Schiedsgerichtsurteilen.)

49. Gussakow, L., Echinococcus retrocervicalis extraperitonealis als Hindernis der Spontangeburt. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28. p. 924. (Bei 29jähriger Frau faustgrosse, wenig bewegliche Geschwulst vor dem Kreuzbein. Schwangerschaft ungestört. Bei der Geburt schien die Geschwulst stärker in das Becken hereingedrückt zu werden. Operation von der Scheide aus. Beim Versuch der Ausschälung wurde sie eröffnet; es entleerten sich Tochterblasen. Der Sack selbst wurde austamponiert. Geburt abgewartet. Nach dreimaliger Pituitringabe Zange. Wochenbett afebril. Täglicher Wechsel der Gaze. Ende der dritten Woche wurde die Kapsel gefasst und extrahiert. Heilung. Gussakow empfiehlt dieses Verfahren gegenüber dem Kaiserschnitt als das schonendere.)

50. *Henkel, Demonstration eines Myoms. Naturwiss.-med. Ges. zu Jena. 28. Juli. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 42. p. 2312. (Kindskopfgrosser Tumor einer 51 jährigen Frau, von der vorderen Cervixwand ausgehend, hinter der Blase intraligamentär entwickelt. Die Blase wurde so stark verdrängt, dass die Bauchhöhle in Nabelhöhe eröffnet werden musste. Der Uterus dabei retroflektiert. Die Adnexe im Douglas verlötet.)

51. *Herczel, Retroperitoneale Lymphzyste. Budapester k. Ärzteverein. 11. März 1911.

Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 4. p. 282. (Exstirpation, Heilung. Inhalt 9 Liter Flüssigkeit.)

52. Hörmann, Albert, Seltene klinische Erscheinungen einer Beckenbindegewebszyste (Epidermoidzyste). Münchn. Gyn. Ges. 23. Mai. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 6. p. 727. (50jährige Frau bemerkt seit längerer Zeit eitrigen Ausfluss, besonders bei Anstrengungen, schubweise. Bei der Untersuchung ergoss sich Eiter in dickem Schwall. Tumorartige Verwölbung der hinteren Scheidewand. Retrovaginaler, prallelastischer, kleinkindskopfgrosser Tumor mit kleiner Fistelöffnung. Spaltung und Tamponade. Da die Sekretion nicht nachlässt, mühsame Exstirpation. Mikroskopische Untersuchung: infiltriertes Bindegewebe, Plattenepithel, Riesenzellen. Deutung unsicher. Nicht unwahrscheinlich eine Zyste des Wolffschen Ganges, möglicherweise Dermoidzyste der Kreuzbeingegend oder Rest des Schwanzdarmes, bezw. des Canalis neurentericus.)

53. Hirsch, Albert, Über das Vorkommen doppellichtbrechender Lipoide in lipomatös verdickten Mesenterien und Mesenteriallipomen. Inaug.-Diss. München.

54. Hofmeier, Verkalktes Myom. Demonstration in der Fränk. Ges. f. Geb. u. Frauenheilk. 11. Nov. 1911. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 1. p. 53. (Hühnereigrosser, steinharter Tumor zwischen Uterus und Rektum, durch hintere Kolpotomie entfernt. Wegen der Verwachsungen war nicht zu entscheiden, ob der Tumor extra- oder intraperitoneal gelegen war.)

55. Jellinghaus, A case of true ligamentous inruptured tubal pregnancy of 8 month. Transact. of the New York Acad. of Med. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 6. p. 776.

56. Jochel, Chana, Über ein Neuroepitheliom der Sakralgegend. Inaug.-Diss. Giessen.

57. Jones, H. M., Ein Fall von Neuroma ganglionare des Mesenteriums. Lancet. Nr. 4634. June 22. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 30. p. 1433.

58. *Jung, Retroperitoneales Myom von 12½ Pfund Gewicht. Med. Ges. in Göttingen. 4. Juli. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 50. p. 2387. (51jährige Patientin, seit 1½ Jahren in der Menopause. Verdrängungserscheinungen seitens des Darmes und des Zwerchfelles. Ausschälung des Tumors. Jung erörtert die Aussichtslosigkeit der Röntgenbehandlung in solchen Fällen.)

59. Kamann, Kleinapfelgrosses Fibrom des Ligamentum latum. Freie Vereinigung mitteldeutsch. Gyn. 28. April. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. p. 954. (Zufälliger Befund bei Laparotomie wegen beiderseitiger Adnexerkrankung. Kein Zusammenhang mit dem Uterus.)

60. Kindt, Fritz, Ein Fall von retroperitonealem Sarkom bei einem 1¼jährigen Kinde. Inaug.-Diss. Kiel.

61. Kolbe, Oskar, Sarcoma ossis ilei. Inaug.-Diss. München.

62. *Kotzulla, Otto, Heinrich Zur Chirurgie der tiefen Beckendrüsen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 119. Heft 1—2. p. 55. (Die Angaben basieren auf Mosts Untersuchungen an Neugeborenen und Erwachsenen. Die oberflächlichen Lymphknoten der Inguinalgegend liegen vor der Faszie, um die Mündung der Vena saphena; die wichtigsten auf der Fascia cribrosa. Über den M. sartorius reichen sie nicht hinaus, wohl aber über das Leistenband hinauf. Zahl durchschnittlich 7—8, schwankt zwischen 6 und 12. Mit Bartels kann man nur zwei Gruppen unterscheiden: schräg gestellte, in Kettenform geordnet, oben und senkrecht gestellte unten. Die Injektion aller Drüsen von einem Quellgebiete aus gelingt beim Erwachsenen nicht. Bei Erkrankungen können aber doch alle beteiligt sein wegen der Anastomosen. Die tiefen Drüsen unterhalb der Faszie erhalten die Lymphe zum Teil aus den oberflächlichen, zum Teil jedoch auch direkt aus den tiefen Lymphgefässen des Penis oder der Klitoris. Durch die Rosenmüllersche (eventuell mehrere) Drüse im Schenkelkanal, oder an dieser vorbei geht der Strom zu den tiefen Beckendrüsen. Oberhalb des inneren Schenkelringes liegen 1—3 Lymphoglandulae suprafemorales. Von da lateral und medial von der Art. die hypogastrischen und iliakalen Lymphknoten. — Bei Tumoren ist die Entfernung der oberflächlichen Drüsen nicht genügend. Kotzulla führt zwei Rezidive der tiefen Drüsen nach Vulvakarzinom an. Als Methode empfiehlt sich das Vorgehen von Sprengel (Längsschnitt, Durchschneidung des Ligamentum Pouparti, in Beckenhochlagerung extraperitoneales Vorgehen). Kocher (Schnitt oberhalb des Poupartschen Bandes) oder die eingreifendere Methode von Lennander, die mit Längs- und Schrägschnitt und Zurückklappen der Muskeln ganz ausgezeichnete Übersicht gewährt.)

63. *Kousminn, S. J., L'échinocoque des organes génitaux internes de la femme. 1. Congrès internat. de pathol. comparée. Paris. 17—23 Oct. La Presse méd. 23 Oct. Nr. 86. p. 868. (Kousminn hat in 10 Jahren unter 30 000 ambulatorischen und 3500 stationären Kranken sieben Fälle von primärem Echinococcus des Genitales gesehen. Diagnose im allgemeinen unmöglich. Häufig ist das Genitale sekundär in Mitleidenschaft gezogen, der primäre Sitz in der Leber, der Milz, dem Netz etc. Die Operation gibt keine schlechten Resultate, schützt aber nicht vor Rezidiven.)

64. Kreuter, E., Praktischer Wert der Komplementbindung für die klinische Diagnose der Echinokokken. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 76. Heft 3. (Die Reaktion ist nicht absolut zuverlässig, aber doch ein wertvolles diagnostisches Hilfsmittel.)

65. *Kreuter, E., Die Serodiagnostik der menschlichen Echinokokkeninfektion. Ergebn. d. Chir. u. Orthop. Bd. 4. p. 183.

66. Kroph, Viktor, Echinococcus des weiblichen Genitales. Gyn. Ges. Wien. 12. März. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52. p. 1763. (41jährige Nullipara, seit vier Jahren in der Menopause. Seit acht Jahren Zunahme des Leibes, in letzter Zeit Schmerzen. Laparotomie. Ausgedehnte Verwachsungen. Rechts und links vom Uterus kindskopfgrosse intraligamentäre Tumoren. Der linke bis unter die Flexur entwickelt; rechts reicht ein zweiter, ebenso grosser bis unter das Cökum. Ausserdem multiple bis orangengrosse Zysten um den Uterus. Rechte Tube frei; die linke verdickt, geht in den Tumor über. Der rechte Ureter liegt in Schwielen zwischen den beiden rechtsseitigen Tumoren, ist auf Kleinfingerdicke erweitert. Totalexstirpation. Tod an Sepsis. Mikroskopisch liess sich die typische lamellöse Struktur der Wand erkennen; keine Skolices. Kroph glaubt, dass die Infektion durch direkte Einwanderung vom Anus und Durchwanderung der Keime durch die Darmwand erfolgt ist.)

67. Küttner, Demonstration eines Fibrosarkoms des Beckenausganges, vom Periost ausgehend. 84. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte. Münster i. W. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 45. p. 1815.

68. *Lewicki, Einige Worte über die Therapie der entzündlichen Zustände der Adnexe und Parametrien. Lwowski Tygodnik Lek. 1911. Nr. 15. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 24. p. 911. (Jodnachweis im Speichel, wenn Jod in die Scheide eingebracht wurde. Aus wässeriger Lösung, eventuell Zusatz von Olivenöl lebhafte Resorption. Bei Verarbeitung in Butyr. Cacao, Jodvasogen verzögerte, bei Jothion bessere Resorption, bei Verwendung von 10% Glyzerinlösung überhaupt kein Jod nachweisbar. Da wässerige Lösung allein die Scheide mazeriert, empfiehlt Lewicki als Vehikel für das Jod Olivenöl.)

69. Liepmann, W., Vibrationsmassage bei der Behandlung von Frauenleiden. Therap. Monatshefte. 1910. Nr. 1.

70. *— Atlas der Operationsanatomie und Operationspathologie der weiblichen Sexualorgane mit besonderer Berücksichtigung des Ureterverlaufes und des Suspensions- und Stützapparates des Uterus. Berlin, S. Karger.

71. *— Das Trigonum urogenitale in seiner klinisch operativen Bedeutung. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 37. p. 1758. (Liepmann vertritt ähnlich wie die im vorigen Jahresberichte genannten französischen Autoren mit Entschiedenheit den Standpunkt, dass Diaphragma pelvis und Trigonum eine physiologische und chirurgische Einheit bilden; jede gegenseitige Abgrenzung ist nur unnatürlich. Die Faserzüge des Transversus perinaei sind teils ausstrahlende Levatorfasern, teils solche vom Sphincter ani ext. Die Kreuzung der verschiedenen Muskeln am Damm müsste man als Centrum musculare bezeichnen. Die praktische Schlussfolgerung daraus: eine streng analytische Nahtmethode am Damm hat überhaupt keine Berechtigung. Bei jeder umfassenden Naht wird eine Levatornaht gemacht.)

72. Lüer, Martin, Zwei Fälle von vereitertem, retroperitoneal gelegenem Echinococcus. Inaug.-Diss. Greifswald 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1093. (Im ersten Falle lag der Tumor in der rechten Regio iliaca dicht oberhalb des Poupartschen Bandes subperitoneal; im zweiten fanden sich zwei Säcke; der eine, mehr nach der Wirbelsäule zu, in der Gegend des unteren Nierenpoles liegende wurde erst bei einer Nachoperation gefunden. Drainage, Heilung. Die retroperitonealen Echinokokken sind sehr selten.)

73. *Magnusson, G. (Reykjavik), 214 Echinokokkenoperationen. Beitr. z. Path. u. Therapie der Echinokokken-Krankheit. Arch. f. klin. Chir. Bd. 100. Heft 2. p. 293. (Umfassende Darlegung des in 20 Jahren von ihm in Island beobachteten Echinococcusmateriales. Unter 169 operierten Fällen war als Sitz bestimmt worden von solitären Echinokokken Netz 1, Fossa iliaca 1, Ligamentum latum 1, Beckenhöhle 2;

bei multiplen Echinokokken war das Becken 15 mal mitbeteiligt (gegenüber 13 mal Leber allein, 14 mal Leber nebst anderen Teilen der Bauchorgane), einmal Perforation des vereiterten Echinococcus in die Harnblase mit Ausgang in Heilung.)

74. Maiss, Echinococcus. Breslauer gyn. Ges. 31. Nov. 1911. Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 13. p. 627. (Laparotomie. Zahlreiche Blasen, welche teils in der Bauchhöhle, teils retroperitoneal gelegen waren.)
75. Mansfeld, O., Retrorektaler Tumor als Geburtshindernis. Gyn. Sekt. des k. ung. Ärztevereins zu Budapest. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31. p. 1035. (IIIpara, letzte spontane Geburt vor sechs Jahren. Seit zwei Monaten wiederholt Katheterismus nötig. 6½ Stunden nach dem Blasensprung mit Fieber aufgenommen; Dehnungserscheinungen. In der Blase dickflüssiger eitriger Harn. Im Becken ein elastischer Tumor, der die hintere Scheidenwand und das Rektum gegen die Symphyse drängt. Perforation des Kindes. Der Tumor lag subperitoneal über der Levatorplatte. Weitere Beobachtung durch fünf Monate liess erkennen, dass der Tumor nicht gewachsen war. Keine Beschwerden; deshalb wurde vorerst von einer Operation abgesehen.)
76. Martin, Ed., Zur Anatomie und Technik der Levator-Fasziennaht. Arch. f. Gyn. Bd. 97. p. 301.
77. — Der Haftapparat der weiblichen Genitalien. II. Teil. Der Prolaps. Berlin, S. Karger.
78. — Beckenbodendefekt nach Operation eines Vulvakarzinoms. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1911. Bd. 66. p. 669.
79. Martin, Hans, Über einen Fall von Echinococcus alveolaris des Beckens als Geburtshindernis. Inaug.-Diss. Jena 1911.
80. Martini, Sui sarcomi primitivi del connettivo pelvico. Annali di ostetr. e ginecol. 1910. Nr. 12. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 15. p. 571. (Ausgedehntes primäres, kleinzelliges Spindelzellensarkom des Beckenbindegewebes, das neben der Scheide bis an den Damm als ein grosser Tumor vorgedrungen war. Ausschälung leicht. Nach acht Monaten wurde ein ausgedehntes Rezidiv operiert, nach weiteren sieben Monaten Tod an neuem Rezidiv. Auch die Rezidive hatten Uterus und Adnexe frei gelassen, aber die oberste Schicht von Blase und Rektum infiltriert.)
81. Mazet, Intraligamentäres Uterusfibrom mit Entfaltung des Mesocolon iliacum und Mesorektum. Lyon. méd. Nr. 20. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 5. p. 192. (Das Fibrom geht links hinten gestielt vom Uterus aus, zuerst intraligamentär, dann das hintere Blatt des Lig. latum entfaltend und reicht ins Mesokolon und Mesorektum bis tief unter die Douglastasche herab. Totalexstirpation. Drainage nach der Scheide, Peritonisierung.)
82. Meyer, Hellmut, Zwei Fälle von Aktinomykose des Cökums. Inaug.-Diss. München.
83. Michl, V., Über Gelatineanwendung bei akuten und chronischen, besonders bei pyämischen Eiterungen. Wiener med. Wochenschr. Nr. 26. p. 1763. (Konstatiert Besserung des Allgemeinbefindens, Temperaturerniedrigung, Aufhören der Schüttelfröste etc., Anwendung per os in Geleeform.)
84. Minervini, Raffaele, Cisti da echinococco del ligamento largo dell' utero. Giorn. intern. delle szienze med. Anno 33.
85. Mohr, L., Intraligamentärer Ovarialtumor. Gyn. Ges. in Breslau. 11. Juni. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 366. (62jährige Frau mit Schmerzen rechts und Blasenbeschwerden. Nabelhernie; bis in Nabelhöhe reichender prallelastischer Tumor rechts. Operation sehr schwierig. Der intraligamentär liegende Tumor reisst ein. Tod am 15. Tag. Bei der Sektion fanden sich mehrere (metastatische) Knoten in der Leber und einer in der Zwerchfellkuppe. Alle enthielten gelblichen, fettigen Brei. Im Ovarialtumor (Dermoidbrei mit Haaren) eine Struma ovarii. Der Knoten am Zwerchfell bestand aus Muskelfasern, Bindegewebe und leberzellenähnlichen Zellen. In der Diskussion meint Heimann, dass es sich möglicherweise um Metastasen eines Cholesteatoms der weichen Hirnhäute handelt.)
86. Moschcowitz, Ein Fall von Chorioepitheliom des breiten Mutterbandes. Proceed. of the New York pathol. soc. 1910. Nr. 7—8. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13. p. 412. (46jährige Multipara. Letzte Geburt vor sieben Jahren. Seit einem Jahr Zunahme des Leibes. Orangengrosser Tumor im linken Ligamentum latum, ohne Zusammenhang mit Uterus und Adnexen. Tod an Lungenmetastasen.)
87. *Müller, R. L., und W. Dahl, Die Beteiligung des vegetativen Nervensystems an der Innervation der männlichen Geschlechtsorgane. Deutsch. Kongr. f. inn. Med. 16.—18. April. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 18. p. 874. (Das Nervengeflecht um Prostata und Samenblase erhält Zuleitungen durch die Rami communicantes

lumbales vom Lendenmark und die Nervi erigentes vom Sakralmark. In beiden Abschnitten der Medulla finden sich Gruppen von kleinen, anscheinend vegetativen Funktionen dienenden Ganglienzellen. Reizung der ersteren Nerven bedingt Vasokonstriktion und Kontraktion der glatten Muskulatur der Samenleiter und -Blasen, Reizung der letzteren, Vasodilatation und dadurch Erektion. In der Gehirnrinde sind wahrscheinlich keine besonderen Zentren für Genitalfunktionen.)

88. *Nagayo, M., und O. Nakayama, Über die Stenose bezw. Obliteration der linken Vena iliaca an der Einmündungsstelle in die Hohlvene. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 16. p. 749. (Angeregt durch einen zufälligen Obduktionsbefund haben die Autoren 98 Männer, 84 Frauen und 8 fötale Leichen untersucht. Sie fanden die Stenose der linken Vena iliaca bei Männern nur in 3,06 %, bei Frauen in 27,38 %; vollkommene Obliteration bei 1 Mann und bei 10 Frauen. Vor dem 20. Lebensjahre kam der Zustand nie zur Beobachtung. Die Mehrzahl der Frauen hat Geburten überstanden. Es ist sehr wohl möglich, dass die Vene zwischen viertem Lendenwirbel und der schwangeren Gebärmutter komprimiert wird. Anatomisch fand sich fibröse Verdickung der Intima; mitunter auch Kalkablagerung, selbst thrombotische Auflagerung, ja fibröse brückenartige Verwachsung der Venenwände. Media und Adventitia zeigten keine Veränderung. Das einseitige Ödem der Beine in der Schwangerschaft dürfte damit zusammenhängen. Als Kollateralbahn wird die Vena lumbaris ascendens benützt.)

89. Neu, Semiuterus sinister rudimentarius mit komplettem Nierendefekt der gleichen Seite. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 17. Nov. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1913. Bd. 37. p. 382. (Schwangerschaft im dritten Monat. Die rechte Niere dystopisch, hydronephrotisch, war als intraligamentärer Ovarialtumor gedeutet worden.)

90. *Nikoloff, Phlegmon of the pelvis or broad ligament. Echo med. 1911. XV. Ref. The Brit. med. Journ. Jan. 20. Epitome of current med. literature. p. 7. (Systematische Behandlung von Geschichte, Anatomie, Symptomen und Therapie.)

90a. Norris, Charles C., Complete laceration of the pelvic floor. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 65. June. p. 993. Disk. dazu p. 1024. (121 komplette Dammrisse aus einem Zeitraum von 11 Jahren zusammengestellt. 14 Fälle sind schon vorher von anderer Seite operiert worden, einer sogar sechsmal. Ein Fall bei jungem Mann, dem seinerzeit bei der Operation eines Anus imperforatus der Sphinkter verletzt worden war. 119 primäre Heilungen, zwei Eiterungen. Technik: Submuköse Naht im Rektum, sorgfältige Isolierung der Sphinkterenden und isolierte Naht mit Catgut. In der Diskussion weitere Besprechung technischer Fragen.)

91. *Nüssenfeld, Puerperale Parametritis. Demonstration in der Krakauer gyn. Ges. 14. Nov. 1911. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 4. p. 166. (Abszess an der äusseren Fläche des Oberschenkels. Der eigentliche parametritische Abszess hatte die Darmbeinschaufel angefressen.)

91a. — Fall von puerperal entstandenem perimetritischem Abszess, welcher vordrang bis an die Aussenseite eines Oberschenkels und dort von einem Arzte inzidiert wurde. Später eine grössere Operation in der Klinik, wobei sich herausstellte, dass ein grosser Teil einer Hüftbeinschaufel zum Sequester geworden war durch Nekrose. Przeglad Lekarski. Nr. 7. p. 126. (Polnisch.)

92. *Nurck, Die Verwendung der heissen trockenen Luftdusche in der Gynäkologie. Russki Wratsch. 1911. Nr. 13. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 13. p. 501. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47. p. 1598. (Zusammenstellung. Empfehlung des Föhnapparates, dessen schmerzstillende Wirkung besonders gelobt wird.)

93. *Oehlecker, Schussverletzung. Ärztl. Verein in Hamburg. 19. Dez. 1911. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 1. p. 54. (Ein kleines Mädchen mit Bauchschuss, sechs Stunden nach der Verletzung operiert. Vier Dickdarmverletzungen übernäht, zwei Dünndarmverletzungen (Resektion); ausserdem war die Arteria ovarica und Art. iliaca ext. durchschossen und blutete. Ligatur; Heilung.)

94. Oliver, Multilokulärer Echinococcus im linken Ligamentum latum. Schwangerschaft. Lancet. I.

95. Panitzer, H. O., Angiom des Uterus, der Blase und des Ligamentum latum. Verh. d. amer. Vereinig. von Geb. u. Gyn. 24. Jahresversamml. Sept. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 7. p. 211. (Grosses Angiom, das zu Blasen- und Uterusblutungen geführt hatte. Operation.)

96. Patel, Spontanruptur einer intraligamentären Ovarialzyste bei Beginn der Narkose. Lyon méd. Nr. 34. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 6. p. 219. (53jährige Frau, seit einem Jahr in der Menopause, bis in Nabelhöhe reichende intraligamentäre Ovarien-

zyste, am Tage vor der Operation festgestellt. Am anderen Tage ist der Tumor verschwunden. In der Bauchhöhle blutig-seröse Flüssigkeit. Der Zystensack hat eine kleine Öffnung.)

97. Penkert, Zwei Präparate von Hydrocele muliebris der rechten Inguinalgegend. Verein der Ärzte in Halle a. S. 30. Okt. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 52. p. 2892.

98. *Pick, Ludwig, Das Ganglioma embryonale sympathicum (Sympathoma embryonale). Berl. klin. Wochenschr. Nr. 1 u. 2. p. 16 u. 67. (Ein 2¼jähriges Mädchen hatte seit ¼ Jahr Harnbeschwerden. In der letzten Zeit konnte der Harn nur tropfenweise entleert werden. Seit kurzer Zeit Ausfluss aus der Scheide und Schwellung am äusseren Genitale; Obstipation. Das ganze Becken von einem die Symphyse überragenden, höckerigen Tumor ausgefüllt, das Rektum fest eingemauert. Stuhlentleerungen bleistiftdünn. Sektion: Kein Aszites. Der Tumor reicht bis in die Höhe des dritten Lendenwirbels. Blase und Rektum an sich frei, aber verdrängt und komprimiert. Die zahlreichen, sehr bunt gefärbten Knoten umgreifen Aorta und Vena cava und die rechte Niere (offenbar Lymphknotenmetastasen). Die grosse Masse des Tumors entspricht dem Uterus. Linke Adnexe frei; rechts ein Knoten zwischen Ovar und Tube durchgewuchert; auch im rechten Ovar selbst Metastasen. Ebensolche in der Scheide, auf dem parietalen Bauchfell und in der rechten Niere. Der Gebärmutterkörper ist ganz in den Tumor aufgegangen (10 : 8 cm Grösse), der 4 mm lange unterste Cervixabschnitt frei. Histologisch fand sich eine kleinzellige, alveolär gebaute Neubildung. Zwischen den Kernen ein feinstes Fasernetz. Die Alveolen stellenweise länglich, walzenförmig. Vielfach Blutungen und Nekrosen. Stellenweise Bau wie bei den sog. Peritheliomen, radiäre Anordnung um kleine Blutgefässe. — Das Ganglioma embryonale sympathicum oder Sympathoma embryonale ist nach L. Pick eine Geschwulst des Kindesalters, zum Teil schon als kongenitale Neubildung, selten bei Erwachsenen (2 unter 18 Fällen). Überwiegend ist die Lokalisation in den Nebennieren. Sie hängt mit der Genese zusammen, die nach J. H. Wright auf den Sympathikus weist. Die Geschwulst reproduziert alle histologischen Eigentümlichkeiten der embryonalen Frühstrukturen in den sympathischen Ganglien in fast verblüffender Ähnlichkeit: chromatinreiche Sympathogonien, Anordnung in alveolären Gruppen oder Rosetten, mit zentralem Gewirr von Nervenfasern. Die Geschwulst ist sehr bösartig; allein die multiple Lokalisation muss nicht durch Metastasen erklärt werden; die grosse Verbreitung der Sympathogonien im Körper lässt ein fast ubiquitäres primäres Vorkommen möglich erscheinen. Sicherlich gehören manche der sarkomatösen, alveolären, karzinomartigen Geschwülste, namentlich des Kindesalters, hierher.)

99. *Platzer, S., Die Behandlung der Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane mit Moorbädern. Budapesti Orvosi Ujság. 1911. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47. p. 1598. (Resultate aus 13jähriger Praxis als Kurarzt. Gute Erfolge bei nicht eitrigen Exsudaten.)

100. Plew, H., Fall von Beckensarkom mit Metastase in der linken Mamma. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 18.

101. Pollosson et Murard, Multiple Hydatidenzysten im Abdomen und Beckenraum. Lyon méd. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 7. p. 250. (35jährige Multipara bemerkt seit fünf Monaten Zunahme des Leibes und in letzter Zeit rötlichen Ausfluss. Annahme einer mehrkammerigen Ovarialzyste. Laparotomie. Das Peritoneum durchsetzt von einer Unmenge von Zysten, ebenso der Beckenraum. Eine grössere an der Hinterfläche des Uterus. Der linke Ureter wurde auf lange Strecke freipräpariert, vom Darm 45 cm reseziert. Ligamenta lata durch Zysten entfaltet. Subtotale Exstirpation des Uterus. Alle Zysten zu entfernen war unmöglich, auch Peritonisierung konnte nur partiell ausgeführt werden. Ausgangspunkt unbestimmbar.)

102. *Prochownik, L., Zur Pelvithermie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. p. 639. Diskussion dazu ebenda Nr. 24. p. 780. (Die Flatausche Methode der Durchwärmung des Beckens hat Prochownik in 25 Fällen angewendet und er ist damit sehr zufrieden. Die Behandlungsdauer scheint kürzer zu sein als bei anderen Methoden; sie wird den Frauen vielfach selbst überlassen. Anwendung täglich, je drei Stunden, mit Pause am vierten Tag. Stromverbrauch gering. Die Temperatur steigt lokal auf 39—40 °.)

103. Poulain, J., Sigmoiditis et infection des organs génitaux internes de la femme. Arch. gén. Chir. 1911. Nr. 1 u. 2. (Beziehungen zwischen Sigmoiditis und Adnexerkrankungen.)

104. Psaltoff, Vereiterter anteuteriner Echinococcus. 24. franz. Chir.-Kongr. Revue de chir. 1911. Nr. 11.

105. Puppel, Ernst, Die Appendizitis, ihre Beziehungen zur Gynäkologie und Geburtshilfe. Sammelreferat. Gyn. Rundschau. Heft 5. p. 180.
106. *Rendu, A., Puerperaler Beckenabszess; Durchbruch in die Blase; Entleerung des Eiters, durch Massage befördert; Heilung. Lyon méd. 1910. Nr. 43. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16. p. 525. (Kystoskopische Untersuchung während der Massage. Die Heilung erst nach fünf Monaten eingetreten.)
107. *Renisch, Hermann, Ein Beitrag zur Adenomyositis uteri et recti. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. Heft 2. (31 jährige Nullipara. Hinter der Portio dem Scheidengewölbe aufliegend ein kleinapfelgrosser, harter, etwas empfindlicher Tumor, der sich nicht verschieben lässt. Annahme einer bösartigen Neubildung; abdominale Totalexstirpation, unter Mitnahme eines fünfmarkstückgrossen Teiles der vorderen Mastdarmwand. Mikroskopisch: in fibrös verdicktem Gewebe adenomartige Wucherungen, die von der Douglasserosa abgeleitet werden. Renisch empfiehlt Probeexzision und eventuell Abrasio. Wird eine Adenomyositis gefunden, genügt die Entfernung ohne Resectio recti.)
108. Rinne, Retroperitoneales Lipom. Freie Vereinigung der Chir. Berlins. 13. Nov. 1911. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 8. p. 388. (Mannskopfgrosses Lipom bei 35 jähriger Frau, im Mesenterium entwickelt, mit der rechten Niere verwachsen. Ablösung, wobei das erweiterte Nierenbecken einriss. Der Teil mit dem Riss wird in einen Lumbalschnitt gelagert. Harn fliesst dauernd aus der Fistel. Deshalb nach ca. vier Monaten neue Operation. Heilung.)
109. Ross, Mac Pherson, Ausgetragene intraligamentäre Schwangerschaft. Transact. of the New York Obst. Soc. March. 1911. Gyn. Rundschau. Heft 11. p. 432. (3800 g schweres Kind per laparotomiam entwickelt. Bei Lösung der Plazenta schwere Blutung. Im Wochenbett Phlebitis im linken Bein, sonst glatter Verlauf.)
110. Rusche, Heinrich August, Über Beckenluxationsfrakturen. Inaug.-Diss. Bonn.
111. Salin, M., Fall von paravaginalem Tumor. Verh. der schwed. geb.-gyn. Ges. 27. Jan. 1911. Hygiea 1911. Nr. 3. Gyn. Rundschau. Heft 17. p. 659. (27 jährige Frau, vor fünf Jahren an Ovarialzyste operiert. Retroperitonealer, durch Laparotomie entfernter Tumor, der links neben der Scheide tief ins Becken reicht. Einkammerige Ovarialzyste.)
112. Schaeffer, O., Lipomatöse Geschwülste der Leistengegend des Weibes. 84. Vers. d. Naturf. u. Ärzte in München. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 22. p. 848. (Überfaustgrosser Tumor, erst in einer Schwangerschaft beobachtet, wuchs mit jeder Schwangerschaft und wurde in jeder Menstruation grösser und empfindlich.)
113. Schlank, Josef, Intraperitoneales Fibrom des runden Mutterbandes. Przeglad Lek. Nr. 19. p. 343. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 29. p. 1390. (Operation. Der Tumor war 4820 g schwer.)
114. *Schmidt, O., 692 Fälle von Fehlgeburt. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 5. p. 515. (Bei einem kriminellen Abortversuch konnte mittelst Röntgenaufnahme die abgebrochene Spitze einer Hartgummispritze, die ins Parametrium gestossen war, nachgewiesen werden.)
115. Schroth, Paul Gerhard, Ein Fall von primärem Fibromyom des rechten Ligamentum latum. Inaug.-Diss. Jena 1911.
116. *Schütz, Wilhelm, Zwei Fälle von Blutung aus Varizen des Musculus psoas. Inaug.-Diss. Kiel.
117. Seitz, Zahlreiche Echinococcusblasen, entstammend einem Fall von Echinococcus des Beckenbindegewebes. Demonstration in der Fränk. Ges. f. Geb. u. Frauenheilk. 11. Nov. 1911. Münchn. med. Wochenschr. 1911. Nr. 1. p. 53.
118. — Myom des Ligamentum rotundum. Fränk. Ges. f. Geb. u. Frauenheilk. 11. Nov. 1911. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 1. p. 53.
119. *Sellheim, Hugo, Obligate und fakultative Befestigungsmittel der Eingeweide im Bauche. Gyn. Rundschau. Heft 20. p. 739. (Der Bauchsitus wird erhalten durch gegenseitige lebendige Anpassung von Bauchwand und Eingeweiden, welche sich stets so beeinflussen, dass der Druck annähernd atmosphärisch bleibt. Positive und negative Schwankung des Muskeltonus (Luciani) sind dazu Bedingung. Wenn diese „obligate" Befestigung unter pathologischen Verhältnissen oder z. B. bei der Geburt versagt, dann kommen die geweblichen, „fakultativen" Befestigungsmittel in Frage. Bei bleibender Insuffizienz der ersteren werden sie natürlich mit der Zeit auch insuffizient.)
120. *Sgalitzer, Max, Über Fistelbehandlung mit Beckscher Wismutpasta. Wiener

klin. Wochenschr. Nr. 20. p. 740. (Literatur. Die eigenen Erfolge sind nicht ungünstig, wenn auch vielfach nur temporär, bei tuberkulösen Knochen- und Weichteilfisteln. Maximum der Anwendung 30 ccm einer 33 %igen Pasta. Zu vermeiden sind Injektionen in Brust- und Bauchhöhle, in Gelenke oder grosse Abszesshöhlen. Beim Auftreten der ersten Vergiftungserscheinungen (Stomatitis, Mundpflege) sofortige Eröffnung und Entleerung.)

121. *Sieber, H., Zur Heissluftbehandlung in der Gynäkologie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 5. p. 254. (Der neue Apparat besteht aus einem Zelluloidspekulum mit Zu- und Abfluss, welches durch Metallschlauch mit einem Föhnapparat verbunden ist, der Temperaturen bis 80° erzeugt. In der Scheide ist die Temperatur nur etwa 4—5° niedriger. Zelluloid hat den Vorteil, dass es sich kaum erwärmt. Die Anwendung ist sehr bequem, die Kosten geringer als bei anderen Apparaten.)

121a. Skrjabina, Ein seltener Fall von Riesenganglioneurom des retroperitonealen Zellgewebes. Journ. akusch. i shensk. boles. März. (18jährige Virgo. Durch die Bauchdecken wird ein grosser, unbeweglicher Tumor palpiert. Laparotomie; der retroperitoneal gelegene Tumor wird enukleiert, wobei die Vena cava lädiert wird (sie wird mit vier Seidennähten geschlossen). Ein grosses, bei der schwierigen Enukleation zertrenntes Gefäss erweist sich als Art. iliaca communis: die beiden Enden werden mit Etagennähten vereinigt und nach Ssadowsky peritonisiert, wonach in der Femoralis der Puls wieder palpierbar wird. Die Wundhöhle wird tamponiert. Langsame Genesung. Die Geschwulst erwies sich als Ganglioneurom. (Gewicht 3 Pfund.) In der Literatur fand Skrjabina 37 Fälle.) (H. Jentter.)

122. Soli, Un caso di fibromioma della porzione extraabdominale del legamento rotondo. La gin. mod. 1911. V. Nr. 4.

123. *Sprengel, Klinische Beiträge zu den diffusen entzündlichen Erkrankungen des Retroperitoneums und ihre Stellung zur Peritonitis. Arch. f. klin. Chir. Bd. 100. Heft 2. p. 382. (I. Vereitertes retroperitoneales Hämatom, entstanden nach subkutaner Leberquetschung; bei der Laparotomie wohl der retroperitoneale Prozess erkannt, nicht aber seine Ursache. II. Cholangitische Phlegmone. Trotz Eröffnung Sepsis. III. Retroperitoneale Gasphlegmone nach Lungenschuss. Dabei wird eine Gasphlegmone nach Momburgscher Blutleere (Westermann) erwähnt. IV. und V. Abszess nach Pancreatitis acuta. VI. Magenkarzinom mit ausgedehnter Drüseninfiltration. Paranephritische Prozesse können anscheinend mit Transsudation, vielleicht auch mit Exsudat im Peritoneum einhergehen; ein VII. Fall bei 48jähriger Frau, der im ganzen recht unklar blieb, wird so gedeutet. Doch steht Sprengel selbst dieser Deutung noch skeptisch gegenüber und meint, dass vielleicht ein infarzierender Prozess am Darm übersehen worden sei. In einem nebenbei erwähnten Abszess im Cavum Retzii eines Kindes konnte er den Eiter bei der Laparotomie durch das Peritoneum durchschimmern sehen und doch blieb letzteres frei. — Die Genese der retroperitonealen Eiterungen nach Appendizitis ist noch nicht klar. Die Ansicht, dass der Eiter immer den Lymphbahnen folge, ist nicht haltbar; und eine ursprünglich retroperitoneale Lagerung des Wurmfortsatzes wird überhaupt abgelehnt. Am wahrscheinlichsten ist primäre Verlötung des Appendix mit dem wandständigen Peritoneum und Durchschwärung desselben. Sekundär kann der retroperitoneale Abszess in seltenen Fällen auch wieder in den Peritonealraum durchbrechen (Fall VIII). Fall IX ist eine aus dem Becken aufsteigende paraproktitische Phlegmone bei einer 60jährigen Frau. Die Symptome waren 14 Tage nach einer Schenkelhalsfraktur aufgetreten, offenbar von einem dabei gleichzeitig entstandenen Hämatom des Beckenbodens ausgehend. Auch hier war gleichzeitig Peritonitis, offenbar zum Schluss entstanden, nachgewiesen worden. Ein anderer Fall, ebenfalls bei einer älteren Frau von einer ulzerösen Proktitis ausgehend, wird erwähnt; es war das Exsudat als paraappendizitisches angesprochen worden. Die genaue Diagnose ist sehr schwierig, ebenso die Unterscheidung zwischen intra- und extraperitonealen Prozessen, namentlich bei Organen, die wie Uterus und Rektum teils intra-, teils extraperitoneal liegen. Bei den umschriebenen, chronischen Prozessen ist die Unterscheidung zwar praktisch belanglos, aber bei den diffusen wäre sie wichtig. Ein hochgradiges Ödem ist wichtig; ferner die Schwere des allgemeinen Krankheitsbildes bei freiem Peritoneum und undeutlicher Abgrenzbarkeit des Exsudates und die „tiefe" Schmerzhaftigkeit des Leibes, im Gegensatz zu der Berührungsempfindlichkeit bei Peritonitis, ohne reflektorische Spannung. Auch die Zwerchfellatmung ist nur bei Erkrankungen der Oberbauchgegend aufgehoben. Trotzdem ist die Diagnose sehr schwer, weil reine Fälle der Art sehr selten sind.)

124. *Staudinger, Emil, Die Lipome des kleinen Beckens und ihre Beziehungen zum Ligamentum rotundum. Inaug.-Diss. München. (Ätiologische Beziehungen lassen sich nicht nachweisen.)
125. *Stephan, Sigfried, Die kongenitale Nierendystopie in klinischer und embryologischer Beziehung. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 3. Heft 6. (Systematische Darstellung des Gegenstandes unter Mitverwertung von vier eigenen Fällen. Therapie möglichst konservativ.)
126. Stone, J. S., Paravaginal adenofibroma of the pelvic fascia or of Müllers duct resembling a greatly enlarged vulvovaginal gland. Transact. of the Washington Obst. and Gyn. Soc. Dec. 12. 1911. The Amer. Journ. of Obst. and Dis of Women and Childr. Vol. 66. Nov. p. 828. (Die 49jährige Frau war schon vor drei Jahren einmal operiert worden. Die Geschwulst war bald wieder da; sie verursachte Unbequemlichkeiten, nie Schmerzen. Es fand sich ein ovaler, glatter Tumor im linken Labium majus, ähnlich einer Hernie. Bei der Operation zeigte es sich, dass der Tumor solid war und unter dem Arcus pubicus längs der Scheide bis in die Nähe der Cervix reichte. Er war sechs Zoll lang und im äusseren Abschnitt vier Zoll breit. Histologisch erwies er sich als ein sehr gefässreiches, fast angiomatöses, ödematöses Adenofibrom mit gruppenweise eingestreuten Drüsen, die ein kolloidartiges Material enthielten. Der Ausgangspunkt wird nicht erörtert; nur die Bemerkung, dass Fibrome dieser Gegend nicht ungewöhnlich sind, Adenome der Bartholinschen Drüse sehr selten.
127. Szili, Differentialdiagnose der intrapelvinen Eiterungen bei Frauen. Budapesti Orvosi Ujság. Nr. 1—5. Zit. Wiener med. Wochenschr. p. 680.
128. Thomsen, Oluf, und G. Magnussen, Über spezifische Antikörper bei Echinokokkenkranken. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 25. p. 1183.
129. *— — Komplementbindung bei Echinococcus. Hospitalstid. Nr. 11. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 21. p. 1010. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 20. p. 1122. (Unter 12 Fällen 10 positive Resultate. Viermal war die Konzentration von Antistoffen allerdings nicht grösser, als sie ausnahmsweise auch ohne Echinokokken gefunden wurde. „Verwandtschaftsreaktion" mit dem Serum von Bandwurmkranken war nicht nachweisbar. Als Antigen ist Hydatidenflüssigkeit am besten. Doch ist sie nicht immer gleichwertig und muss geprüft werden. Die Methode ist jedenfalls ein gutes diagnostisches Hilfsmittel.)
130. *Traugott, M., Hämolytische Streptokokken und ihre Bedeutung für die puerperalen Wunderkrankungen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 71. Heft 3. (Traugott führt drei Parametritiden an. Einmal fand sich im Eiter neben einem gelben Staphylococcus ein Streptococcus longus non haemolyt. (Ursache wahrscheinlich krimineller Abortus). Im Eiter eines grossen Beckenabszesses derselbe Streptococcus in Reinkultur und in einem grossen vereiterten parametranen Hämatom nach Uterusruptur auch ein Streptococcus non haemol., der anfangs nur anaerob, später auch aerob zu kultivieren war. Ausserdem Fälle von Venenthrombose bei Infektion durch Diplostreptokokken und Streptococcus non haemol., mit Metastasen in Pleura, Lunge, und ein Fall von Parametritis mit schwerer, nekrotisierender Phlegmone des Oberschenkels, die retroperitoneal bis zur Niere sich fortsetzte, dabei die ganze Muskulatur daselbst zerstörte. Ferner eine tödliche Parametritis; Sektion: Abszesse in der Uteruswand, seröse Durchtränkung beider Parametrien, Abszesse in den Lungen. Blutproben stets steril. Im Uterussekret nicht hämolytischer Diplostreptococcus.)
131. Uchrida, Toschi, Über retroperitoneale Tumoren. Inaug.-Diss. München.
132. Verebély, Beckendermoid. Budapester k. Ärzteverein. 2. Dez. 1911. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 29. p. 1974. (12jähriges Mädchen. Retrocökales Teratoid von „lipodermoidem" Charakter; kindskopfgrosse Höhle mit Haaren nebst zwei faustgrossen Lipomabschnitten.)
133. Vincent et Ferrari, Obstacle praevia du à un fibrome du ligament large. Operation au cinquième mois. Accouchement à terme. Réunion obst. et gyn. d'Alger. 10 Févr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 6. p. 776.
134. Vogelweidt, Über einen seltenen Fall von pararenaler Geschwulstbildung. Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. Med. Klinik. Nr. 12. p. 507. Inaug.-Diss. Leipzig. (55 Pfund schwere Geschwulst der linken Oberbauchgegend bei einer 27jährigen Frau. Exitus eine Stunde p. op. Fibrolipom mit sarkomatöser Entartung.)
135. *Wagner, Arthur, Zur Kasuistik des retroperitonealen Hämatoms. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 35. p. 1640. (Drei durch Operation geheilte Fälle bei Männern. An-

scheinend alle traumatisch. Sitz vermutlich perirenal. Die Operation bestand in transperitonealer Inzision, Ausräumung und Tamponade.)
136. Wahl, Karl, Ein Fall von Sakraldermoid. Inaug.-Diss. München.

Als bemerkenswerte Beiträge zur Anatomie des Beckens seien das grosse Werk von Liepmann (70) und der zweite Teil des Buches von Ed. Martin (77) genannt. Martin scheint nunmehr selbst von seiner früheren Einschätzung des Beckenbindegewebes als Stützapparat teilweise abzugehen. Liepmann hat ausserdem (71) Gelegenheit genommen, in dem Streit über die Beckenbodenmuskulatur eine Auffassung (s. o.) darzulegen, welche Beachtung verdient, weil sich als logische Folgerung daraus eine Stellungnahme gegen die vielfachen neueren Versuche einer streng analytischen Nahtmethode und Rekonstruktion des Beckenbodens beim Prolaps ergibt. — Die Anatomie der Gefässe hat in Descomps (29) neue Bearbeitung und vorzügliche Illustrierung erhalten. Erwähnt seien hier die Befunde von Nagayo und Nakayama (88): eine Stenose, ja sogar vollkommene Obliteration der linken Vena iliaca an der Mündung in die Vena cava findet sich in recht grossem Prozentsatz, und zwar bei Frauen um so viel häufiger als bei Männern, dass die Autoren vor allem an Kompression der Vene durch den (schwangeren) Uterus denken. Alle Frauen haben Geburten durchgemacht. Vor dem 20. Jahr fand sich die Veränderung überhaupt nie.

Stärkere Blutungen aus Varizen des Musc. psoas. werden diesmal nur von Schütz (116), grosse retroperitoneale Hämatome (abgesehen von den streng perirenalen) von Wagner (135) beschrieben. Interessant ist eine Schussverletzung, bei welcher nach Oehleckers Bericht (93) die Art. ovarica und Iliaca ext. durchschossen worden war und bei Vornahme der Laparotomie noch blutete.

Von den Arbeiten über Lymphbahnen seien die Untersuchungen von C. Franke (40) genannt. Dieser Autor fand anthrakotische retroperitoneale Lymphknoten, und schliesst daraus auf direkte Verbindungen mit den mediastinalen Lymphknoten. Kotzulla (62) gibt eine eingehende Darstellung der Lymphbahnen vom äusseren Genitale zu den tiefen Beckenlymphknoten (s. o.), welche besonders für die neueren Versuche der Gynäkologen, die Radikaloperation des Karzinoms der äusseren Geschlechtsteile zu verbessern, Beachtung verdienen. Er schildert auch die bezüglichen Operationsmethoden der Chirurgen.

Die Physiologie der Bauchwand- und Beckenbodenmuskulatur und ihre Wechselbeziehungen zum Bauchinhalt hat durch Sellheim (119) eine übersichtliche, die neueren Erfahrungen und Kritiken (besonders Mathes) berücksichtigende Darstellung erfahren. Zur Physiologie des Nervensystems seien die allerdings am männlichen Genitale ausgeführten Untersuchungen von R. L. Müller und W. Dahl (87) hervorgehoben. Im Lendenmark fanden die Autoren ein Zentrum für das Genitale.

Dem parametranen Abszess widmet Nikoloff (90) eine systematische Darstellung. Von kasuistischen Befunden ist C. Frankes Aufsatz zu nennen (41), mit Durchbruch des Eiters durch das Foramen ischiadicum beiderseits, und Nüssenfeld (91), der eine Usur des Beckenknochens fand. Rendu (106) konnte einen in die Blase durchgebrochenen Abszess, der (allerdings erst in 5 Monaten) ausheilte, kystoskopisch kontrollieren. Wichtig erscheinen die gelegentlichen bakteriologischen Befunde von Traugott (127), und interessant die Ausführungen Sprengels (123) über die diffusen entzündlichen Erkrankungen des Retroperitoneums, insbesondere bei der Appendizitis, deren Erklärung noch viel Schwierigkeiten macht, und ihre Beziehungen zur Peritonitis.

Zur Frage der Wismutbehandlung ist die mit reicher Literatur versehene Arbeit von Sgalitzer (120) zu nennen; Erdheim (32) bringt einen Fall von glimpflich abgelaufener Wismutvergiftung.

Über konservative Behandlung entzündlicher Erkrankungen liegen wieder mehrere Äusserungen vor. In der Streitfrage der Tamponbehandlung

sind Lewickis Untersuchungen (68) bemerkenswert. Jod in wässeriger Lösung oder in Olivenöl wird von der Scheide sehr lebhaft resorbiert. Konform damit empfiehlt auch Bauer (10) zur Tamponbehandlung das Sulfoform in 10 % Olivenöl. Die Frage einer lokalen Hyperämie hat hier noch keine Beachtung gefunden, ist aber sonst von anderen Autoren schon gelegentlich in Erwägung gezogen worden (vgl. Jahresber. 1911). — Von Badeärzten haben sich Daude (27) und Platzer (99) über Indikationsstellung, kurärztliche Behandlungsmethoden und Erfolge geäussert. Die übrigen Autoren befassen sich mehr mit der Technik; Nurck (92) empfiehlt trockene heisse Luft, Prochownik (102) die Flatausche Methode; Sieber (121) hat den Föhnapparat mit einem Ansatz für die Scheide versehen. Die Belastungstherapie empfiehlt Büsselberg (19) für chronische Entzündungsprozesse im Douglas. Sind jedoch gleichzeitig alte Adnextumoren vorhanden, dann ist mindestens Kombination mit Heissluftbehandlung zu raten.

Die im Scheidengewölbe lokalisierte Adenomyositis hat mehrfach Beachtung gefunden (Amann 9, Forssner 39, Füth 45, Renisch 107). Klinisch wichtig ist die Angabe von Füth und Renisch, dass der Tumor nicht radikal operiert zu werden braucht und durchaus nicht bösartig ist. Es genügt partielle Operation, es kann z. B. das miterkrankte Rektum ruhig belassen werden.

Von angeborenen Veränderungen erwähne ich eine recht grosse Hydrocele muliebris (15), ferner eine Zyste des Ligamentum latum, für deren Deutung als Abkömmling des Müllerschen Ganges Cole (21) wohl nicht recht ausreichende Belege bringt; ferner das Adenomyom des Ligamentum rotundum von Frankl (42) und die häufiger publizierte dystope Niere (3, 16, 89, 125). Endlich sei der Fall Fairbairns genannt (34), welcher die Kasuistik der grossen sakralen, im Becken gelegenen Meningocelen durch einen neuen Fall bereichert, der zu spät als solcher erkannt wurde und dem vaginalen Operationsversuch erlegen ist (Meningitis).

Die Kasuistik der grossen Tumoren bringt einige Myome von bemerkenswerter Grösse (24, 58), einen Fall von Henkel (50), in welchem die Blase exzessiv verlagert war, eine grosse Lymphzyste (51), ein grosses Lipom (108). Staudinger bespricht (124) die Beziehungen von Lipomen des kleinen Beckens zum Ligamentum rotundum; er konnte solche nicht nachweisen. — Von selteneren Geschwulstformen seien die von Amann (5) und von Alexander (4) beschriebenen, vom Periost ausgehenden Beckensarkome genannt.

Alamartine und Maurizot (2) stellen 10 genitale Hypernephrome zusammen. Alle Altersstufen sind vertreten vom 4. bis zum 56. Jahre. Dreimal sass der Tumor im Ligamentum latum, fünfmal im Ovar, davon zweimal doppelseitig; einmal im Ovar der einen und im Ligamentum latum der anderen Seite; einmal Ausgangspunkt zweifelhaft. Die klinischen Erscheinungen bieten nichts Charakteristisches. Prognose ungünstig. Alle Fälle, deren Katamnese bekannt ist, erlagen ihrem Leiden.

Pick beschreibt einen Tumor, den er als Gangliom des Nervus sympathicus auffasst. Seine Ausführungen haben wohl auch für manche andere Genitaltumoren, deren onkologische Stellung noch vielfach unklar ist, Bedeutung. Auch Skrjabinas Fall (121a) gehört hieher.

Reich ist die Kasuistik des Echinococcus; z. T. sind sehr interessante, schwierige Operationen dabei. Durch statistische Angaben bemerkenswert sind die Mitteilungen von Kousmin (63) und Magnussen (73). Letzterer bringt das ganze Material von Reikjawik. In der Mehrzahl der Fälle sind nur Wahrscheinlichkeitsdiagnosen oder überhaupt falsche Diagnosen gestellt worden. Die serologische Diagnostik ist, wie aus den Arbeiten von Magnussen und Thomsen (128, 129) und von Kreuter (64, 65) hervorgeht, noch lange nicht am Ziel der Wünsche angelangt. Nach Kreuter ist die Präzipitinreaktion nicht viel wert. Die Komplementbindung gibt bessere Resultate. Versager dürften auf Mängel

der Antigene oder auf variablen Antikörpergehalt der Sera zurückzuführen sein. Die Frage der Gruppenreaktion durch Träger zoologisch verwandter Parasiten ist noch ungeklärt.

Zum Kapitel Fremdkörper im Beckenbindegewebe sind die Fälle von Brosz (18) und Schmidt (124), bei Abortversuchen eingebracht, zu nennen.

V.

Pathologie des Uterus (ausschliesslich Neubildungen und neue Operationen).

Referent: Prof. Dr. Karl Hegar.

1. Entwickelungsfehler.

1. Benthin, Sectio caesarea cervicalis bei einem Fall von Verdoppelung der Genitalorgane. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. (Uterus unicorporeus septus. Cervix et vagina septa.)
2. Bué, Utérus double. Réunion obst. de Lille. 20 Juin. Bull. de la soc. d'obst. de Paris. Nr. 6. (Uterus duplex unicollis bicornis.)
3. Brauss, Ein Beitrag zur Gravidität im rudimentären Nebenhorn. Inaug.-Diss. Bonn.
4. Calderini, Abnorme Schwangerschaft in einem missgestalteten Uterus. Geb. Ges. der Marcken und Emilia. 10. Dez. 1911. Monatsschr. f. Geb. Bd. 35. (Gravidität in einem rudimentären Horn des Uterus bicornis. Befruchtung durch äussere Überwanderung des Samens.)
5. Croft, Malformation of the Uterus. North. of Engl. obst. soc. May 17. Lancet. June 1. (1. Uterus dydelphys. Schwangerschaft einmal im rechten, dann im linken Uterus. 2. Uterus didelphys. Abort im rechten Horn. Pyosalpinx der linken Tube.)
6. Edner, Ein Fall von hochgradiger Missbildung der inneren Genitalien. Inaug.-Diss. Göttingen.
7. Edward, Dystocia in a case of uterus didelphys. Amer. Journ. of Obst. Nov. (Sectio caesarea wegen Nichteröffnung der Cervix. Amputation des graviden Uterus.)
8. v. Franqué, Uterus rudimentarius solidus und vollständiger Mangel der Scheide. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 51. (Scheidenbildung nach der Schubertschen Methode.)
9. *Fothergill, Developmentál errors of puberty. Brit. med. Assoc. The Lancet. August 24.
10. Goullioud, Du traitement des malformations utérins justiciables de la laparotomie. Thèse de Lyon. Annales de Gyn. Oct. (Schilderung der Formen der Doppelbildungen und der verschiedenen Operationsmethoden.)
11. — Petite corne utérine rudimentaire non perceptible au toucher. La Gyn. Août. (38jährige IV para. Heftige Dysmenorrhoe. Das Horn war nur eine kleine Verdickung, die eine erbsengrosse abgeschlossene Höhlung enthielt.)
12. Hedley, Occlusion of the lower part of the vagina with absence of the Uterus. Journ. of Obst. of Brit. Emp. Oct.
13. Jaglom, Uterus bicornis mit rudimentärem Nebenhorn. Inaug.-Diss. Bern.
14. Kamann, Uterus duplex mit Myom. Demonstrat. Ver. mitteldeutsch. Gyn. 28. April. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29.
15. Keller, Rechtsseitige angeborene Hydronephrose als Ursache einer Missbildung der

inneren weiblichen Genitalien. Beitr. f. Gyn. Bd. 16. (17 jähriges Mädchen. Diagnose Ovarialzyste, die schon im 13. Jahre entleert worden war durch Punktion. Es fand sich ein Uterus duplex bicornis.)
16. *Kermauner, Die Fehler in der Verschmelzung der Müllerschen Gänge. Zeitschr. f. Geb. Bd. 72.
17. Klages, Beitrag zum Schwangerschafts- und Geburtsverlauf bei Uterus bicornis unicollis. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 6.
18. v. Klein, Weiterer Fall von Hämatometra im rudimentären Nebenhorn eines Uterus unicornis. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. 23. Febr. Monatsschr. f. Geb. Bd. 35.
19. *Köhler, Wiederholte Doppelschwangerschaft bei Uterus bicornis bicollis (zugleich ein Beitrag zur Genese der Doppelbildungen des Uterus). Zeitschr. f. Geb. Bd. 71.
19a. Kouwer, 2 gevallen van misvorming der vrouwelyke genitalien. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gynec. Jaarg. 21. p. 274. (I. Bei einem 20 jährigen Mädchen fand Kouwer den Hymen fast ganz geschlossen, nur eine kleine Öffnung gleich unter der Urethra bestand. Nach Öffnung des Hymens kam er in eine wenig tiefe Höhle, abgeschlossen durch eine dicke sagittale Membran mit zwei kleinen Löchern, welche in zwei getrennte Vaginae führten. Das Septum zwischen den Vaginae war nur im untersten Teil, zentralwärts war die Vagina einfach. II. Ein 21 jähriges Mädchen hat zweimal menstruiert, danach entstand Hämatokolpos und Hämatometra. Diese brach spontan durch nach unten. Nach einem Jahre wieder dieselben Befunde. Kouwer fand: Der Hymen mit ziemlich normaler Öffnung führte in eine kleine Höhle, durch eine sagittale Membran abgeschlossen, links in dieser Membran ein 1 cm langer Kanal, rechts ein Kanal, auch ungefähr 1 cm lang, der in einen Raum endete, mit altem Blut gefüllt. Nach Spaltung entleert sich die Hämatokolpos und Hämatometra. Eine flache Furche auf dem Fundus uteri deutet auf ein inkomplettes Uterusseptum.)
(W. Holleman.)
20. Krömer, Überblick über die Behandlung der Gynatresien und insbesondere über die Methoden zur plastischen Neubildung bei gänzlichem Mangel der Scheide. Greifswalder med. Verein. 26. Juli. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 50.
21. Langes, Hämatometra einer atretischen Uterushälfte bei einem 15 jährigen normal menstruierten Mädchen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 34.
22. Lawers und Daels, Uterus bicornis mit mehrfacher Schwangerschaft. Bull. de l'acad. royale de Belge. Sept. 30. 1911. (Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5. (27 jährige III para. In einem Horn normale Schwangerschaft, im rudimentären Nebenhorn eine abgestorbene ausgetragene Frucht. Resektion des Hornes. Linke Adnexe fehlen.)
23. Leriche, Utérus double unicervicale douloureux. Hystérectomie. La Gyn. Août.
24. Lindquist, Haematokolpometrium laterale. Hygiea. Nr. 12. (Uterus bicornis. Hämatometra im rechten Horn. Defekt der rechten Niere, Exstirpation des rechten Horns. Heilung.)
25. Mintrop, Ein Fall von Uterus bicornis unicollis mit Myomkarzinom des Fundus und Pyometra. Inaug.-Diss. Strassburg.
26. Mirabeau, Uterus rudimentarius. Gyn. Ges. München. 21. März. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 15.
27. Oliver, An accessory uterus distented with menstrual fluid, enucleated from the substance of the broad ligament. The Lancet. June 15. (Der akzessorische Uterus lag vollkommen isoliert von dem anderen normalen Organ im Lig. latum. Es hatten immer am fünften Tag der Menses heftige Schmerzen bestanden.)
28. Ombrédanne, Uterus double, à corps indépendants, à cols fusionnés; hématométrie. Hématosalpinx, hémi-hystérectomie subtotale. La Presse méd. 4 Déc.
29. Painting, Uterus unicornis found at an operation for appendicitis. Brit. med. Journ. July 20. (Uterus unicornis dexter mit Fehlen der linken Adnexe.)
30. Pauchet, Correction opératoire d'une anomalie génito-urinaire: Utérus et vagin double, abouchement de la vessie, du vagin et du rectum dans un canal commun (cloaque) Incontinence urinaire et fécale. La Gyn. Mars.
31. Prince, A case of true Hermaphroditisme. Journ. Amer. Med. Assoc. April 22. (18 jähriges Mädchen. Uterus fehlt, links normales Ovar und Tubenrudiment. Im Leistenkanal je ein Testikel, die operativ entfernt werden. Scheide ein Blindsack. Sonst weibliches Aussehen.)
32. *Resinelli, Ipoplasia dei genitali femminili e tubercolosi. La ginecologia. Vol. 7.
33. Rhodes, Malformation of female genitals. Journ. of Amer. Med. Assoc. April 27.

(Uterus didelphys, Vagina duplex, links Hämatokolpos, Hämatometra, Hämatosalpinx. Links Atresia vaginalis.)
34. Rössle, Uterus bicornis bicollis mit Lig. rectovesicale. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2. (Bei einjährigem Kinde. Keine anderen Missbildungen.)
35. Sach, Hämatometra im rudimentären Nebenhorn eines Uterus unicornis. Inaug.-Diss. Jena.
36. Schauta, Übertragene Nebenhornschwangerschaft. Wiener geb. Ges. 21. Nov. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 9.
37. Solowij, Uterus bicornis. Lwowski Tygodnik Lekarska. Nr. 31. p. 555. (Polnisch.) (Die Frau hatte dreimal geboren und kam jetzt in die Klinik wegen Unterleibsschmerzen. Neben dem Uterus ein apfelsinengrosser Tumor getastet, welcher sich beim Bauchschnitte als eine rechtsseitige Parovarialzyste mit chokoladenfarbenem Inhalte erwies. Uterus bicornis, das rechte Horn bedeutend grösser als das linke. Nach Beseitigung der Parovarialzyste angesichts normaler Adnexa andererseits Bauchwundschluss. Verlauf glatt: eine Sonde liess sich per vaginam nur in das linke Uterushorn einführen, offenbar war das rechte Horn atretisch und dürfte die vor drei Jahren stattgehabte Schwangerschaft in dem linken Uterushorne verlaufen sein.) (v. Neugebauer.)
38. Stoeckel, W., Über die Bildung einer künstlichen Vagina. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1. (Bildung einer Scheide bei rudimentärem doppelten Uterus durch Ausschaltung einer Dünndarmschlinge.)
39. Torggler, Uterus bicornis bicollis gravidus. Die Heilkunde. Nr. 6 u. f.
40. Tweedy, Suppurating undeveloped horn of bicornuate Uterus. Royale acad. of Med. of Ireland. March 15. The Lancet. April 13. (Exstirpation des Horns, das mit dem Darm kommunizierte.)
41. Vautrin, De l'hématocolpos latéral dans les cas de malformation utéro-vaginale. Annales de Gyn. Août. (Ausführliche Besprechung dieser Formen an der Hand zweier Fälle.)
42. Vromen, Ein Fall von Missbildung der Geschlechtsorgane und kongenitaler Verlagerung der Niere. Zeitschr. f. Geb. Bd. 72. S. 400. (Uterus unicornis sinister. Kongenitale Beckenniere.)
43. Wengschenowsky, Ein Fall von Uterus duplex bicollis cum vagina septa. Wratsch. Gaz. Nr. 12. Sitzungsber. d. geb.-gyn. Ges. zu Kiew. (H. Jentter.)
44. Wessing, Doppelmissbildung der Gebärmutter und Hämatometra. Inaug.-Diss. Jena.

Fothergill (9) unterscheidet Entwicklungsstörungen, die auf das embryonale Leben und solche, die auf die Pubertät zurückgehen. Bei den letzteren handelt es sich meist um Infantilismen und man kann 3 Gruppen unterscheiden: 1. solche Fälle, in denen das ganze Individuum kindlich bleibt in jeder Beziehung, 2. solche, in denen sekundäre Sexualmerkmale sich entwickeln, die Menstruation und Ovulation aber fehlt, 3. solche, in denen keine physischen Zeichen von Infantilismus sich finden, die Ovulation aber verspätet eintritt. Zu den Infantilismen rechnet Fothergill mit Recht auch die Cervixhypertrophie bei Virgines und die Metrorrhagien bei jungen Mädchen, die auf ungenügende Entwickelung der Muskulatur zurückgehen.

Kermauner (16) findet als Ursache der Störungen in der Vereinigung der Müllerschen Gänge in einem Teil der Fälle Hemmungen in der Bildung des Kloakenseptums; eine weitere wichtige Rolle spielt das Lig. rot. als rudimentäre Fortsetzung des nephrogenen Gewebsstranges. Die äusserst interessanten Ausführungen müssen im Original nachgelesen werden.

Köhler (19) bestätigt an der Hand von drei Fällen von Uterusverdoppelung die Theorien von Rob. Meyer und Frankl über die Bedeutung des Lig. teres.

Resinelli (32) erörtert den kausalen Zusammenhang von Hypoplasie und Tuberkulose. Besonders bei Sterilität empfiehlt er nach Tuberkulose im Bauch oder in der Lunge zu fahnden.

2. Zervikalanomalien. Dysmenorrhöe.

1. Ackermann, A., Haematometra cervicalis acquisita post partum. Przeglad Lek. Nr. 1. p. 22. Aus der Krakauer Gyn. Ges. (Polnisch.) (Einige Monate nach einer schweren Zangenentbindung mit Sepsis, Phlegmone eines Beines und Lungenembolus meldete sich die Frau wegen ausbleibender Periode. Per vaginam tastete man einen fluktuierenden Tumor statt der Vaginalportion, oberhalb dessen der normal grosse Uteruskörper. Unter Diagnose Atresie des äusseren Muttermundes. Operation durch Rosner. Parazenthese mit Entleerung von zwei Esslöffel dunklen Blutes; ein Stück der Wand reseziert und die Cervixschleimhaut mit der Vaginalschleimhaut vernäht. Genesung mit normaler Entleerung der Periode. Keine Spur von einer Narbe an Stelle des ehemaligen Muttermundes zu sehen. Braun gibt in der Diskussion an, er habe einen ähnlichen Fall gesehen.)
(v. Neugebauer.)
2. Bernard, Heilung einer reinen Zervikalhypertrophie durch Gravidität. Gyn. Rundschau. Nr. 3. (31 jährige, 15 Jahre mit einem zeugungsunfähigen Gatten steril verheiratete Frau mit bis zum Introitus reichender Portio wurde beim ersten Verkehr mit einem anderen Manne schwanger und abortierte im dritten Monat. Durch den Abort war die Elongation völlig verschwunden. Bernard hält den unbefriedigenden Koitus für die Ursache der Anomalie.)
3. Brettauer, Perforation of the posterior lip of the cervix. Amer. Journ. of Obst. Febr. (30 jährige Multipara. Die Fistel ging vom Cervix ins hintere Scheidengewölbe. Die Portio war vollkommen virginell, so dass die Fistel bei der ersten Geburt entstanden sein muss. Heilung durch Amputation.)
4. Kehrer, F. A., Chirurgie der Sterilität. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 46. (Von chirurgischen Eingriffen an der Cervix erwähnt Kehrer die blutige und unblutige Dilatation der Cervix. Gegen Verschluss durch den zähen Schleimpfropf hat er eine Uteruskanüle angegeben.)

4a. Messa, Atresia del canale cervicale da caustici. (Atresie des Cervixkanals durch Ätzmittel.) La Ginec. IX. Fasc. 10. p. 315. Firenze.
(Artom di Sant' Agnese.)

5. Michel, Tumeur polykystique du col utérin, à contenu colloide. Bull. de la Soc., d'obst. de Paris. Année 1. Nr. 6. Mai.
6. Pineau, Les résultats de la stomatoplasie par évidement commissural du col. Revue de Gyn. Juillet. (Ausführlicher Bericht über die Vorteile und Indikationen dieses Eingriffes bei Sterilität und Dysmenorrhoe. Er stellt 129 Fälle zusammen. Die Sterilität wurde in 33 %, die Dysmenorrhoe in 68 % geheilt. Nachteile bei späteren Geburten wurden nicht beobachtet.)
7. Schubert, Zystenbildungen im Cervix uteri. Inaug.-Diss. Jena.
8. Scolari, Utero a lumaca e pessario endo-uterino. La Gyn. mod. Heft 4. (Ausführliche Darstellung der Anwendung des Bossischen Endouterinpessars, besonders beim sog. schneckenförmigen Uterus, also der Hyperanteflexio uteri. Bericht über 48 nachkontrollierte Fälle, die nahezu alle geheilt sind. Auch bei Retroflexio, Sterilität und Dysmenorrhoe leistet das Instrument Wunder.)

3. Entzündungen des Uterus mit Einschluss der infektiösen Erkrankungen.

3a. Tuberkulose des Uterus.

1. Friedmann, Die Genitaltuberkulose des Weibes. Inaug.-Diss. Freiburg.
2. Patel, Traitement de la Tuberculose génitale de la Femme. Annales de Gyn. Juni-Juli. Tome IX. p. 321, 447. (Im allgemeinen verteidigt Patel die operative Therapie. Bei isolierter Cervixtuberkulose genügt die lokale Kauterisation oder hohe Portioamputation. Bei Uterustuberkulose ist er für die Totalexstirpation.)
3. Sellheim, Die Tuberkulose in Gynäkologie und Geburtshilfe. Der Frauenarzt. Heft 6.

3b. Sonstige Entzündungen.

1. Abel, Zur Trockenbehandlung der Vaginal- und Uteruskatarrhe mittelst „Trüen". Berl. klin. Wochenschr. Nr. 53.

2. Bela Kelen, Röntgenbehandlung der chronischen Metritis. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 14.
3. Berger, Traitement des métrites chroniques invétérées par l'amputation du col et le curettage. Thèse de Montpellier. (59 mit gutem Erfolge behandelte Fälle.)
4. *Blanc, Leucorrhoe. Journ. de méd. et de chir. prat. Nr. 23.
5. Bukojemsky, Zur Behandlung der chronischen Metritis mit Mammin Poehl. Journ. akusch. i shensk. bol. Sept. (Bei Blutungen, welche auf Sklerose der Gebärmutter zurückzuführen sind, helfen weder Abrasio mucosae, noch Sekalepräparate. In solchen Fällen sah Verf. guten Erfolg von Mammin Poehl. In allen 15 Fällen hörten die Blutungen auf und die Menstruation wurde normal. Verf. gibt die genaue Beschreibung mikroskopischer Präparate eines sklerösen Uterus. Er meint, die passendste Bezeichnung wäre die Aschoffs: myopathische Blutungen. Wahrscheinlich ist, dass das Mammotoxin in der Gebärmutter Veränderungen hervorruft, welche der physiologischen senilen Atrophie analog sind.) (H. Jentter.)
6. *Dalché, Métrorrhagie des vièrges. Journ. des praticiens. XXVI. Brit. med. Journ. April 6.
7. *— Les métrorrhagies après la ménopause. Gazette des hôpitaux. Nr. 1.
8. Essen-Möller, Elis, Einige Erfahrungen über Radiumbehandlung bei myomatösen und klimakterischen Blutungen. Monatsschr. f. Geb. Bd. 36. Ergänzungsheft.
9. Engel, Die Skarifikation des Uterus in der Hand des praktischen Arztes. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 14.
10. Eymer und Menge, Röntgentherapie in der Gynäkologie. Monatsschr. f. Gyn. Bd. 35.
11. Falgowski, Über Atheromatose der Uteringefässe als Ursache hartnäckiger Blutungen. p. 337—339. Verhandl. der gyn. Sekt. der poln. Naturf.-Versamml. Krakau. Juli 1911. Herausgegeben Krakau.
12. Mc Farland, Apoplexia uteri: a well-worked in a woman of 54 years. Surg., Gyn. and Obst. April. p. 368. (Autopsiebefund bei einer schon sechs Jahre amenorrhoischen Frau. Typische hämorrhagische Infiltration der ganzen Uterusschleimhaut, keine freie Blutung. Verf. hält die Blutung für agonal, da das Blut noch ganz frisch war, andererseits waren die Veränderungen im Endometrium älter. Vielleicht hatten periodische Blutungen bestanden.)
13. *Forgue et Massabuau, Les métrorrhagies de la ménopause, Métrorrhagies d'origine ovarienne. La Presse méd. 28 Sept.
14. *Frank, Recent views on inflammations of the endometrium and endometritis. New-York med. Journ. March. p. 627.
15. — Interpretation of uterine curettings. Amer. Journ. of Obst. Febr.
16. Geis, On the treatment of gonorrhea above the internal os uteri. Amer. Journ. of Surg. Nr. 12. 1911.
17. Grote, Hämatosalpinx nach Atmokausis. Geb. Ges. Hamburg. 5. März. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. (Die bei 28jähriger Ipara wegen Endometritis vorgenommene Atmokausis führte zu dauernder Amenorrhoe und Salpinxbildung.)
18. *Van den Hoeven, Die Schleimhaut der Gebärmutter. Arch. f. Gyn. Bd. 95.
19. Jung, Zur Röntgenstrahlentherapie der Uterusmyome und hämorrhagischen Metropathien. Monatsschr. f. Gyn. Bd. 36. Ergänzungsheft. (Von 27 Bestrahlten sind 9 geheilt, 8 gebessert noch in Behandlung, 2 operiert, 5 nicht geheilt, 3 verschollen.)
20. Koch, Behandlungen der Blutungen bei entzündlichen Adnexerkrankungen. Med. Ges. Giessen. 21. Mai. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 46.
21. Kubynii, Totalexstirpation wegen Metritis. Gyn. Sekt. des ungar. Ärztevereins. 7. Sept. 1911. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31.
22. Lauda, Zur Kasuistik weiblicher Genitalblutungen bei Hämophilie. Wratsch. Gaz. Nr. 45. (Fünf Fälle.) (H. Jentter.)
23. Lazarewicz, Über den gegenwärtigen Stand der Lehre von der chronischen Endometritis und deren Behandlung. Referat, vorbereitet für die gynäkologische Sektion des XI. Kongresses poln. Ärzte u. Naturf. in Krakau. 18.—22. Juli 1911. Nowiny Lekarskie. Nr. 2, 3, 4, 6, 10, 12. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
24. *Löfquist, Über die Histologie der Endometritiden. Engströms Mitteilungen. Bd. 10. Heft 2.
25. *Mackenrodt, Indikationen bei Uterusblutungen. Berl. klin. Wochenschr. Sept.
26. Markarian, Kasuistischer Beitrag zu den Krankheitsbildern „Vikariierende Blutungen“. Inaug.-Diss. Berlin.

27. Messa, Atresia cervicale da caustici. Soc. Toscana di Ost. Nov. La Gin. 31 Maggio.
28. *Meyer, R., Zur Kenntnis der Röntgenstrahlenwirkung auf die anatomische Struktur des menschlichen Uterus und der Ovarien. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17.
29. *Mocquot und Mock, Injections of Chloride of Zinc in chronic Metritis. Revue de chir. Nr. 5. p. 779. Journ. of Obst. of Brit. Emp. July.
30. Moscharowskaja, Die Behandlung der chronischen Endometritis. Inaug.-Diss. Berlin.
31. Nicolau, Des métrorrhagies de la ménopause (d'origine ovarienne). Thèse de Montpellier.
32. *Oliver, Uterosclerosis and Sclerosis of the Recto-utero-vesical fascia. Amer. Journ. of Obst. Febr.
33. Resinelli, L'esplorazione digitale della cavità uterine e suoi pericoli. Soc. Toscana di Ost. e Gin. Nov. 1911. La Gin. 31. Maggio. (Ruptur des Uterus bei Dilatation mit Metallstiften bis Nr. 20 (!). Totalexstirpation.)
34. *Rieck, Vaginale Korpusamputation und Korpusresektion. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 3.
35. Rössle, Demonstrationen. Münchn. gyn. Ges. 13. Juli. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2. 1. (Steinbildung im Uterus bei einjährigem Mädchen. Das Konkrement füllte die Höhlung beinahe völlig aus und bestand aus kohlensaurem Kalk mit fädiger Grundmasse. 2. Fibrinöser Katarrh des Uterus bei zwei Monate altem Kind, entsprechend den entkalkten Massen des vorigen Falles.)
36. Runge, Die Röntgentherapie in der Gynäkologie. Monatsschr. f. Geb. Bd. 36. Ergänzungsheft.
37. Sackenreiter, Die Erreger der putriden Endometritis. Hegars Beitr. Bd. 17. (Die bakteriologische Untersuchung von 50 Fällen ergab keine einheitliche Ursache.)
38. *Schickele und Keller, Die glanduläre Hyperplasie der Uterusschleimhaut, ihre Beziehungen zu den Uterusblutungen. Arch. f. Gyn. Bd. 95.
39. *— Über die sog. chronische Metritis und die kleinzystische Degeneration der Ovarien und ihre Beziehungen zu den Uterusblutungen.
40. Schmitt, Traitement des métrites chroniques par le massage vibratoire et l'éléctro-Ionisation. Soc. de Thérap. 27 Mars. La Presse méd. 3 Avril.
41. Schütze, Über pathologische Drüsenwucherungen in der Wand des Cervix und des Corpus uteri. Verein f. Heilk. Königsberg. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 1. (Schütze beschreibt drei Fälle von Adenomyometritis mit infiltrierendem Wachstum in die Muskularis.)
42. *Siredey, Uterine sclerosis. Journ. de méd. et de Chir. 10 Avril. Brit. med. Journ. 24. Aug.
43. Tuffier, Transfusion du sang pour hémorrhagies. La Presse méd. 3 Juillet. (Führte bei schwerer Anämie eine Transfusion von 36jährigem Manne direkt auf die Kranke mit gutem Erfolg aus.)
44. Türan, Die kombinierte aktive und passive Hyperämie in der Behandlung des chronischen Gebärmutterkatarrhs. Wiener med. Wochenschr. Nr. 18.
45. Veurt, Sur un cas de métrorrhagie de la puberté. Journ. de méd. de Bordeaux. Nr. 6.
46. Volk, Ein seltener Fall von Adenometritis uteri bei einer 25jährigen Virgo, durch Amputatio supravaginalis geheilt. Gyn. Rundschau. Nr. 9. (Die gesamte Muskulatur war von Drüsensubstanz durchsetzt, anatomisch gutartig, klinisch bösartig.)
47. *Wanner, Zur Behandlung von klimakterischen und präklimakterischen Blutungen und Hypersekretionen. Monatsschr. f. Geb. Bd. 36.
48. *Weil, Les ménorrhagies de la puberté. La Presse méd. 3 Juillet.
49. Whitehouse, Notes on uterine haemorrhage with special reference to abuse of the curette. The Lancet. April. p. 1123.
50. *Willette, Application de l'aerothermotherapie aux métrites. La Gyn. Oct.
51. Zomakion, Zur Diagnostik des Ulcus durum auf dem Gebärmutterhalse. Wratsch. Gaz. Nr. 4. Sitzungsber. der Ges. russ. Ärzte zu Odessa. (H. Jentter.)

Die Diskussion über die Histologie der Endometritis kommt noch immer nicht zum Stillstand, ohne in der von Hitschmann und Adler auf neue Grundlagen gestellten Frage wesentlich neue Gesichtspunkte zu bringen.

Schickele und Keller (38) prüfen an grösserem Material die Beziehungen der Drüsenhyperplasie zur Menstruation und den Blutungen nach. Sie finden häufig Drüsenhyperplasie ohne jede klinische Erscheinungen, auch ohne entzündlichen Charakter. Dagegen findet sich bei Blutungen stets eine Hyperämie der Schleimhaut. Van den Hoeven (18) bestätigt die Richtigkeit der Hitschmannschen Lehre für normale menstruierende Frauen. Doch wird der zyklische Verlauf schon durch Aborte oder selbst normale Geburten für längere Zeit gestört, ebenso bei länger dauernden Blutungen. Diese lassen sich in zwei Gruppen scheiden: 1. solche, die durch ein Curettement geheilt werden, dann liegt die Ursache im Endometrium, 2. solche, bei denen dieser Eingriff versagt, dann liegt die Ursache ausserhalb der Muskulatur oder in den Adnexen.

Löfquist (24) wendet sich gegen die schematische Auffassung der von Hitschmann gegebenen Darstellung; er warnt davor, zu vergessen, dass die menstruellen Veränderungen auch in einer pathologisch veränderten Schleimhaut vorkommen können und dass die Verhältnisse individuell sehr verschieden sein können. Er geht ferner auf die decidualen Veränderungen ein, die sich bei den verschiedensten pathologischen Reizen bilden können.

Als Uterussklerose bezeichnet Oliver (32) die nicht entzündliche Fibrose mit sekundärer Atrophie der Muskularis bei älteren Frauen; sie ist nicht bakteriellen Ursprungs. Ihr entspricht eine Sklerose der Fascia vesicorecto-uterina, die er mit der Dupuytrenschen Kontraktur vergleicht; sie ist infektiösen Ursprungs und bedingt Sterilität und Dyspareunie. Siredey (42) grenzt die uterine Sklerose von der Fibrosis und Metritis als gesonderte Erkrankung ab. Die Symptome und Therapie sind aber wesentlich die gleichen.

Auch die Erklärung der Blutungen und des Fluors nimmt wieder einen breiten Raum, besonders in der französischen Literatur, ein. Nicolau (31), Forgue und Massabuau (13), Frank (14) nehmen funktionelle oder auch anatomische Anomalien der Ovarien als Ursache der Blutungen an. Schickele und Keller (39) prüften die Theilhaberschen Untersuchungen über das Verhältnis von Muskulatur und Bindegewebe bei blutenden Uteris nach, ohne sie bestätigen zu können. Ein scharf umschriebenes oder pathologisch-anatomisch begründetes Bild der chronischen Metritis gibt es nach ihrer Ansicht nicht. Ebenso kann auch das anatomische Verhalten der Ovarien nicht als Erklärung der Blutungen herangezogen werden. Die virginellen Blutungen werden von Weil (48) und Dalché (6) behandelt. Weil berichtet über 9 Fälle, alle mit den ersten Menses beginnend. Er führt sie auf Dyskrasien zurück ohne lokale Läsionen. Vier der Mädchen hatten noch infantilen Habitus, zwei waren fettleibig, eine zugleich mit Riesenwuchs. Therapeutisch empfiehlt er Einspritzung von Blutserum, Allgemein- und Opotherapie. Dalché (6) unterscheidet verschiedene Formen der virginellen Blutungen: 1. Metrorrhagien bei Chlorose, oft steckt hier eine Tuberkulose, Lues, Malaria oder erbliche Degeneration im Hintergrund, 2. follikuläre Hypertrophie der Ovarien, 3. sexuelle Hypoplasie, 4. neuro-arthritische Form bei Plethora, 5. Koprostase, 6. Mitralstenose. Für die Menorrhagien nach der Menopause schuldigt Dalché (7) abgesehen von Tumorbildungen, alte metritische Prozesse, senile Endometritis, Sklerose der Gefässe oder ein Allgemeinleiden, wie Gicht, Lues, Nieren und Gallensteinerkrankungen an. Blanc (4) betrachtet die Leukorrhoe als Anzeichen einer Allgemeinintoxikation des Organismus, der sich zerstörter weisser Blutkörperchen entledigen will. So beobachtet man die Erscheinung und das Verschwinden des Fluors mit gleichzeitiger Besserung und Verschlimmerung des Allgemeinleidens, oder eines anderen dyskrasischen Symptoms, wie Psoriasis Ekzem, Enteritis. Deshalb soll man den Fluor nicht direkt bekämpfen.

Bei der Therapie der Blutungen durch metritische Veränderungen steht die Röntgenbestrahlung mit oder ohne Radiumanwendung im Mittelpunkt der Diskussion. Die besten Erfolge erzielt das Verfahren naturgemäss bei den klimakteri-

schen Blutungen. Grössere Reihen von Beobachtungen liegen vor von Menge und Eymer (10), Gauss und Lembke, Jung (19), Runge (36) und Bela Kelen (2). Von grösserem Interesse sind die Befunde R. Meyers (28) an bestrahlten Uteris. Ein Einfluss der Strahlen auf die Muskularis lässt sich danach nicht leugnen; er fand Atrophie der Myomzellen, Sklerose und hyaline Degeneration der Fibrillen, bei einem Falle virgineller Menorrhagien fand sich nach langer Bestrahlung ein auffallender Mangel an Muskularis. Doch bedürfen die Befunde noch genauer Nachprüfung. Von sonstigen physikalischen Heilmethoden empfiehlt Schmitt (40) die Vibrationsmassage, Galvanisation und Tamponade. 8—10 Sitzungen genügen in vielen Fällen zur Heilung in 30 %, in 50 % erzielte er Heilung in ca. 20 Sitzungen. Willette (50) hat sehr gute Erfolge mit heisser Luftapplikation, Türan (44) mit kombinierter aktiver und passiver Hyperämie mit Hilfe eines in den Uterus eingeführten Katheders. Von arzneilichen Applikationen tritt Abel (1) für die Pulverbehandlung, Adler (2) für das Formalin und Koch (19) für Pituitrin- und Sekaleinjektionen in die Portio ein. Auch die Chlorzinkätzungen, die eine Zeitlang in Misskredit geraten waren, finden wieder ihre Verteidiger. Wanner (42) empfiehlt bei klimakterischen Blutungen die vollständige Verschorfung der Uterushöhle mit 50 % Chlorzink. Mocquot (29) hatte mit 40 % Chlorzink bei hämorrhagischer Endometritis Heilung in 50 %. Demgegenüber treten die Ergebnisse der operativen Therapie mit Unrecht in den Hintergrund. Rieck (34) hat mit seiner vaginalen Korpusamputation bei Erhaltung der Periode gute Erfolge. Mackenrodt (25) empfiehlt Spaltung des Uterus und Zerstörung der Schleimhaut.

---

4. Lageveränderungen des Uterus.

4a. Allgemeines. Anteflexio. Torsionen.

1. Blair Bell, Bemerkungen zur Behandlung der primären Lageanomalien des Uterus. Practitioner. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. Als neu zu erwähnen die Spaltung der vorderen bezw. hinteren Wand des Uterushalses bis über das Os internum bei angeborener Ante- bezw. Retroflexio mit Dysmenorrhoe und Sterilität.)
2. Chenhall, Frequency of micturition cured by ventrofixation of the uterus. Australian med. Gaz. 33. p. 123. (48jährige Frau, Hyperanteflexio. Keine Cystitis. Ventrifixation bringt Heilung der Beschwerden.)
2a. Delle Chiaje, Lo svuotamento commessurale del collo nell' antiflessione dell' utero. (Die kommissurale Ausräumung der Cervix bei Anteflexion des Uterus.) Atti Soc. Ital. Ostetr. e Ginec. Vol. 18. (Artom di Sant' Agnese.)
3. Stein, Anteflexio versio uteri as a cause of functional Disorders of the bladder and a method for its correction. Amer. Journ. of Obst. April. (Bei Blasenbeschwerden infolge Anteflexio uteri legte Verf. ein Hodgepessar umgekehrt ein und erzielte in zwei Fällen Heilung.)
4. Stratz, Zur Entwickelung der Form und Lage des Uterus und seiner Ligamente. Zeitschr. f. Geb. Bd. 72. (Führt eine Reihe Zustände unvollkommener Ausbildung der Genitalien auf analoge Verhältnisse in der phylogenetischen Reihe, wie auf frühere Entwickelungsstufen in der Ontogenese zurück und unterscheidet danach Rückschläge oder Entwickelungshemmungen. Bei den Lageveränderungen findet man danach einen unvollkommenen Deszensus, nicht bloss der Ovarien, sondern auch des ganzen Genitalapparates; hierher lässt sich auch die spitzwinklige Anteflexio rechnen; in beiden Fällen liegt der Grund in der abnormen Kürze, der hinteren Befestigungen. Demgegenüber steht der zu starke Deszensus bei zu starker Dehnung.)

4b. Retroflexio uteri.

1. *Bailey, Gebrauch und Missbrauch des Lig. teres uteri. Interstate med. Journ. August. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51.
2. Bauer, Zur operativen Behandlung der Retroflexio und der grossen Prolapse. Wiener med. Wochenschr. Nr. 19. (Empfiehlt die Vaginofixation und die Schautasche Operation, erstere bei Retroflexio, letztere bei grossen Prolapsen.)

3. *Bazy, Les résultats éloignées des hystéropéxies abdominales. L'occlusion intéstinale après l'hystéropéxie. Revue de gyn. et de chir. abdominale. June.
4. Bertoloni, Endoperitoneale Verkürzung der runden Mutterbänder nach den Methoden von Webster, Franke, Alfieri und Menge, Stolz. Gyn. Rundschau. Nr. 21. (Bericht über 22 Fälle.)
5. Blair Bell, A method of replacing the retroflexed and retroverted mobile uterus. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. Febr. (Er reponiert den Uterus durch Anhaken der vorderen Lippe, Herabziehen und kombiniertes Aufwärtsschieben und Rückbewegung der Zange.)
5a. Bogdánovics, Milos, A méh-hátrahajlások operatio gyógyitásáról. Orvosi Hetilap. Nr. 52. (Operiert soll die Retroflexio uteri bloss werden, wenn sie Beschwerden verursacht und durch Pessarbehandlung nicht heilbar war. Am besten bewährte sich die Ventrofixation mit intraabdominaler Verkürzung der Lig. rotund. und Vernähen der Plica vesico-uterina. Von 48 nachuntersuchten Fällen war die Gebärmutter bloss zweimal wieder nach hinten gesunken.) (Temesváry.)
6. Bradford, Les déplacements de l'utérus et leur traitement. Internat. Journ. of Surg. Vol. 25. Nr. 5.
6a. Buzzi, F., Isteropexin indiretto per via laparotomica seguita da gestazione e parto a termine. (Indirekte Hysteropexie auf laparotomischem Wege, mit nachfolgender Schwangerschaft und Geburt ad term.) Arte Ostetr. Milano. Anno XXVI. p. 33. (Artom di Sant' Agnese.)
7. Feith, Zur operativen Behandlung der Retroversio-flexio uteri mittelst der Vaginofixur. Inaug.-Diss. Würzburg.
8. *Fergusson, Ventrifixation. Journ. of Obst. and Gyn. Sept.
9. *Fuchs, Die Ventrivesico-fixatio uteri, ihre Bedeutung für die Prophylaxe der Darmeinklemmung und ihre sonstigen Leistungen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20.
10. *Geiser, Komplikationen nach ventraler Fixation des Uterus. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11.
11. Mc Glinn, The surgical treatment of retrodisplacement of the uterus. Philadelphia Obst. Soc. March. Amer. Journ. of Obst. June. (Nichts Neues.)
12. *Gow, Bemerkungen über Retroflexio uteri. Brit. med. Journ. March 2.
13. Gutzmann, Über Kaiserschnitte bei Geburtsstörungen nach antefixierenden Operationen am Uterus. Inaug.-Diss. Berlin.
14. *Hamilton, Operative treatment of retrodisplacements of the uterus. Australasian med. Gaz. Febr. 3. Journ. of Obst. of Brit. Emp. May.
15. Herz, Über die Dauerresultate der Alexander-Adamsschen Operation. Inaug.-Diss. Heidelberg. (Als reine Lagekorrektur in 98 % Heilung, bei Vorfällen in 92 %.)
16. Hölder, Zur Klinik der Retroflexio mobilis uteri. Auf Grund der Nachuntersuchungen von 142 nach der Alexander-Adamsschen Methode operierten Frauen. Inaug.-Diss. Tübingen.
17. Hoensch, Zur Alexander Adamsschen Operation nach der Modifikation von Edebohls und Goldspohn. Inaug.-Diss. Breslau.
18. Jakobson, L., Über operative Behandlung der Lageveränderungen des Uterus. Przeglad Lekarski. Nr. 18. p. 329. (Polnisch.) Verhandl. der Gyn. Sekt. der poln. Naturf.-Versamml. Krakau. Juli 1911. (Eigene Statistik von 48 Fällen.) (v. Neugebauer.)
19. Joly, De la curability des rétrovérsions utérines par les pessaires. Thèse de Lyon.
20. Ivens, Retroversion of the Uterus treated by Gilliam' round ligament ventri-suspension. Brit. Med. Journ. April 13. (Bericht über 100 erfolgreich operierte Fälle.)
21. Liepmann, Zur Anatomie und Klinik des Tuberkulumschnittes und der Implantatio ligamenti rotundi in utero bei der Retroflexio. Berl. Geb. Ges. 26. Jan. Zeitschr. f. Geb. Bd. 70.
22. Lippmann, Die Alexander-Adamssche Operation und ihr Wert bei unkomplizierter Retroflexio uteri. Inaug.-Diss. Berlin.
23. Löwenthal, Geburtsstörungen bei antefixiertem Uterus, speziell bei Interpositio uteri. Inaug.-Diss. Berlin.
24. Macfarlane, Notes of one hundred cases of retrodisplacement of the uterus treated by the Gilliam method of round ligament suspension. Journ. of Obst. of Brit. Emp. August. (In 100 Fällen nur eine Thrombose als Komplikation. 16 Schwangerschaften, 2 Aborte. Kein Rezidiv.)

25. *Mayer, Aug., Zur Therapie der Retroflexio uteri. Oberrhein. Ges. f. Gyn. 28. April. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32.
26. Menge, Behandlung der Lageveränderungen der weiblichen Geschlechtsorgane. Jena.
26a. Nyhoff, C. G., Beteekenis en behandeling der Retroflexio uteri. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1911. Heft 2. Nr. 13. (Nyhoff unterscheidet: 1. Akute traumatische Retroflexion. 2. Angeborene Retroflexion bei jungen Mädchen. 3. Retroflexio uteri mobilis simplex ohne Descensus vaginae. 4. Retroflexio uteri mobilis mit Descensus vaginae. 5. Retroflexio uteri fixata. 6. Retroflexio uteri symptomatica. Nyhoff behandelt die meisten Retroflexionen mit einem Pessarium. Ist eine Operation nötig, dann Ventrofixation. Die Lig. rotunda werden 1 cm vom Uterus entfernt, an der äusseren Rektus-Scheide fixiert durch eine seidene Ligatur.) (W. Holleman.)
27. Pankow, Behandlung der Retroversio uteri durch Verdoppelung der Ligamenta rotunda. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39.
28. Paoli, G. De, Considerazioni per la cura chirurgica degli spostamenti uterini. (Betrachtungen über die chirurgische Behandlung der Gebärmutterverlagerungen.) Rass. di Ostetr. e Ginec. Anno XXI. Nr. 5. (Artom di Sant' Agnese.)
28a. Pestalozza, E., Cura chirurgica della retroflessione. (Chirurgische Behandlung der Retroflexio.) Atti della Soc. di Ostetr. e Gin. Vol. 18. (Artom di Sant' Agnese.)
29. Quesnel, Du curettage instrumental. La curette de Cuzzi. Paris.
30. Rüder, Über den Wert der Alquié-Alexanderschen Operation. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 6. 1913. (Fortbildungsvortrag.)
31. Tauffer, Die Pathologie und Therapie der pathologischen Anteflexio und Retroflexio. Orvokepzes. Nr. 5. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26. (Für die Anteflexio empfiehlt er Diszission und Intrauterinpessar. Für die Retroflexio Pessarbehandlung und Ventrifixur.)
32. Weibel, Bericht über die Resultate der vaginalen Operationen wegen Retrovexation des Uterus. Wiener geb. Ges. 21. Nov. 1911. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 9. (300 Operationen, 162 nachuntersucht, 18,5 % Rezidive.)
33. Ziegenspeck, Akutes traumatisches Entstehen der Retroflexio uteri. Oberrhein. Ges. f. Gyn. 28. April. Zentralbl. f. Gyn. Münchn. gyn. Ges. 21. März. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 15. (Entstehung der Retroflexio durch Fall aufs Gesäss.)

Aug. Mayer (25) wendet sich gegen die Überschätzung der klinischen Bedeutung der Retroflexio. Die Symptome sind alle auf Komplikationen zurückzuführen, besonders spielt der Prolaps dabei eine wichtige Rolle. Weiter sind die Beschwerden meist neurasthenischer Natur. Seit Jahren ist in der Tübinger Klinik die Ringbehandlung der Retroflexio aufgegeben. Auch die Sterilität und das Vorkommen von Aborten haben ihre Ursache nicht in der Retroflexio. Weiter wendet er sich energisch gegen Bossi. (Bailey (1) wendet sich gegen die übertriebene Benützung der Lig. rot. als Halteapparat des Uterus. Ihre Verkürzung soll bloss als Hilfsoperation dienen, und besonders das bestentwickelte mediale Drittel des Bandes soll möglichst intakt bleiben. Die angeborene Retroversion macht nach Gow (12) erst Beschwerden beim Geschlechtsverkehr, oder wenn Descensus dazu tritt. Meist beruhen die Beschwerden nicht auf der Lageanomalie. Therapeutisch versucht er zuerst ein Pessar, dann erst operative Behandlung. Von Operationen erfreut sich die Alexandersche der meisten Anhänger. Fuchs (9) empfiehlt die Werthsche Ventrovesicofixatio zur Vermeidung der Darmeinklemmung. In 45 Fällen nur ein Rezidiv. Sonst findet die Ventrifixur wegen ihrer Nachteile, besonders der Ileusgefahr zahlreiche Gegner. Hamilton (14) hat in 136 Fällen 18 Misserfolge gesehen. Bei 28 Relaparotomien war das Band 12 mal ganz verschwunden und der Uterus lag hinten. Er empfiehlt das Baldysche Verfahren. Aber auch dieses scheint seine Nachteile zu haben, wie aus den Beobachtungen Bazys (3) hervorgeht: Bei zwei Relaparotomien fanden sich Bänder, die die Gefahr einer Einklemmung sehr nahe legten, bei einer tiefen Fixation des Uterus nach Delbet hatte sich die Isthmusfixation durch Abgleiten des Bauchfelles in eine Ventrifixation verwandelt, unter dem Band hatte sich eine Darmschlinge eingeklemmt. Fergusson (8)

bespricht die nachteiligen Folgen der Ventrifixur für spätere Geburten, er rät die Lösung der Fixation schon in der Schwangerschaft, oder bei der Geburt den Kaiserschnitt. Sonst empfiehlt er mehr die Kellysche Suspension. Geiser (10) sah nach Ventrifixation ein Fibrosarkom im Rektus sich entwickeln, das als Kern zahlreiche Seidenfäden enthielt; in einem anderen Fall einen schweren Ileus durch Einklemmung einer Dünndarmschlinge zwischen Blase und Uterus. Der Fall ging tödlich aus.

De Paoli (28) veröffentlicht 25 Fälle von Retroflexion der Gebärmutter, die auf laparotomischem Wege mittelst Becken-Hysteropexie nach Pestalozza (Befestigung des antiflektierten Uterus mittelst eines durch die quer eingeschnittene Plica vesico-uterina erzielten Peritoneallappens).

Bei den Untersuchungen der Operierten nach verschiedenen Zeiträumen konnte Verf. sich überzeugen, dass die Lage des Uterus beständig normal geblieben war. Fünf bei diesen Frauen eingetretene Schwangerschaften verliefen normal.

(Artom di Sant' Agnese.)

Pestalozza (28a) berichtet über eine Reihe von Operationen, die er selbst oder andere mit der nach ihm benannten Methode — Hysteropexis pelvica — ausgeführt haben. Die Vortrefflichkeit dieser Methode wird durch die beständigen guten Resultate bestätigt und ganz besonders der perfekten Normalität der Form und des Sitzes, welche dem Uterus verliehen werden, der seine volle Beweglichkeit beibehält und sich ausgezeichnet den physiologischen Modifikationen einer eventuellen nachfolgenden Schwangerschaft anpasst. Wenn man den Grund der weit geringeren Häufigkeit der Rezidive im Vergleich mit den anderen Methoden erwägt, so kann man nicht umhin, einen Teil der Resultate auf die Tatsache zurück zuführen, dass infolge dieser Operation fast vollständig die Fossa vesico-uterina verstrichen wird; folglich wird die Möglichkeit umgangen, dass Dünndarmschlingen in dieselbe hineingelangen, was gerade eine häufige Ursache der Verlagerung ist. Die Methode passt sich auch sehr gut jenen Fällen an, in denen es angebracht ist, eine keilförmige Resektion des Fundus oder der vorderen Uteruswand vorzunehmen, da der Peritoneallappen, welcher den Uterus in normaler Lage hält, auch in ausgezeichneter Weise dazu dient, die Nahtlinie zu decken. Die Methode hat nicht nur in Italien Beifall gefunden, sondern auch im Auslande und Verf. berichtet über eine Anzahl von Operationen, die Pissemkesky in Kiew ausgeführt hat.

Ein wesentlicher Faktor ist, bei der Ausführung darauf zu achten, dass der Lappen nicht nur aus der blossen Serosa bestehe, sondern dass er von einer Schicht Muskelfasern unterstützt werde, die sich unter der Serosa befinden und die von der Fascia anterior des Uterus zum Boden der Blase ziehen. Vereint mit einer zweckmässigen Plastik des Peritoneums liefert die Methode bei kompliziertem Prolaps durch Retroversion gute Resultate; in diesen Fällen ist es angebracht, das Resultat durch eine Suspension des Urachus an den Bauchfaszien zu sichern, um die Neigung des Herabsinkens der Blase zu verhindern.

(Artom di Sant' Agnese.)

4c. Prolapsus uteri.

1. Albeck, Treatment of uterine prolapse and cystocele. Hospitalstidende. May 22. Brit. med. Journ. Sept. 21. (Empfiehlt die Westermarksche und die Schautasche Operation.)
2. Baldy, Prolapse of the uterus. Transactions of the Amer. med. Assoc. Amer. Journ. of Obst. Nov.
3. Bauer, Ein Fall von Douglashernie. Geb. Ges. Wien. 12. Nov. Gyn. Rundschau. Nr. 8. 1913.
4. Boldt, Uterus and vagina removed by panhysterocolpectomy for complete procidentia of the organs. Transactions of the New York Obst. Soc. Nov. 10. 1911. Amer. Journ. of Obst. Febr.
5. Bonneau, Cure radicale des prolapsus génitaux par la voie abdominale. Soc. des chir. de Paris. 5 Juillet. La Presse méd. 27 Juillet. (Empfiehlt Fixation des Uterus an die Bauchdecken, Vereinigung der Lig. sacrouterina, Verschliessung des Douglas oder Amputation des Uterus und Verkürzung der Ligamente über dem Stumpf.)
6. *Breuillet, L'élytrocèle ou entérocèle vaginale postérieure. Thèse de Paris. La Gyn. Mai.
7. Bumm, Operation eines Prolapsrezidivs durch Einheilung eines Stückes der Fascia lata. Geb. Ges. Berlin. 26. Jan. Zeitschr. f. Gyn. Bd. 70.

8. Corant, The cure of prolapse of the uterus and bladder by plastic operations. New York med. Journ. Nov. 2.
9. Cusmano, F., Due casi di prolasso verginale. (Zwei Fälle von Prolaps bei Virgo.) La Ginec. Firenze. IX. Fasc. 1. (Artom di Sant' Agnese.)
10. Davidson, Quinine injections for prolapsus uteri. Brit. med. Journ. August. p. 233. (14 Fälle, 6 nachuntersucht, davon 5 geheilt. Auch nach Geburten kein Rezidiv.)
11. Dervaux, Considérations sur le prolapsus génital. Bull. de la soc. d'obst. de Paris. Tome 1. Nr. 5. Mai. (Empfiehlt bei grossen Prolapsen Kollumamputation und Levatornaht mit ausgiebiger Kolporrhaphie unter Benützung der Vulva.)
12. Fothergill, The precise relationship of cystocele, rectocele and prolapse. Brit. med. Journ. April 13. (Kurze Übersicht über Pathologie und Therapie der Prolapse.)
13. Franz, Eine neue Prolapsoperation. Monatsschr. f. Geb. Ergänzungsheft. Bd. 36. (Portioamputation. Extraperitoneale Fixation der Lig. rot. auf dem Uterushals. Scheidenplastik.)
14. Freund, H., Operation eines Kolossalprolapses. Unterelsäss. Ärzteverein. 2. März. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 32. (Der Umfang des Prolapses betrug 46 cm, die Länge 37 cm. Operation in drei Abteilungen. Amputatio uteri supravaginalis. Operation der Rektocele, Dammplastik.)
15. Gelbke, Behandlung des Uterusvorfalles. Med. Ges. Basel. 15. Febr. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 16. (Empfiehlt eine modifizierte Dammplastik nach Tait.)
16. Giebler, Komplikation von Schwangerschaft und Geburt mit Prolaps. Inaug.-Diss. Breslau. (Zusammenstellung von 26 Fällen.)
17. *Graf, Über den kongenitalen Prolaps. Monatsschr. f. Geb. Bd. 34. 1911.
18. *Halban, Prolaps bei einer Virgo. Geb. Ges. Wien. 12. Nov. Gyn. Rundschau. Nr. 8.
19. Heinsius, Inversion der Scheide, Blase und Totalprolaps des Uterus infolge eines chronischen Ulcus vulvae. Zeitschr. f. ges. Urol. Nr. 3.
20. Hütelson, Die Schauta-Wertheimsche Operation (Interpositio uteri vesico-vaginalis) bei Gebärmuttervorfall. Russki Wratsch. Nr. 28. (Bericht über 20 im Alten Katharinenhospital zu Moskau operierte Fälle. Genaue Beschreibung eines Falles von Schwangerschaft und Geburt nach der Interpositio. Wegen Vorfall wurde bei der 39jährigen Patientin die Interpositio mit Tubenunterbindung ausgeführt. Danach nur einmal menstruiert. Auf dem dritten Monat der Schwangerschaft Harnverhaltung (Katheterisation und Blasenspülungen), welche nach vier Wochen nachliess. Im übrigen verlief die Schwangerschaft normal. Am normalen Schwangerschaftsende vier Tage lang schwache, drei Tage starke Wehen mit fortwährendem Wasserabfluss. Am achten Tage hohe Temperatur, Schüttelfrost, Erbrechen. Geburt durch Perforation beendigt. Die Untersuchung bald nach der Geburt ergab den für die Schauta-Wertheimsche Operation normalen Befund. Mehrere Monate später wurde Patientin zwecks Tubensterilisation laparotomiert, wobei es sich erwies, dass der Fundus, sowie teilweise die vordere und hintere Oberfläche des Uterus von der Harnblase bedeckt waren. Die hintere Wand des Uterus war noch hernienartig vorgestülpt und weich (Subinvolution der Gebärmutter wegen anormaler Lage derselben). Die Tuben normal, ihr uterines Ende beiderseits unter der Harnblase verborgen, die Lig. ovarii propria lagen der Harnblase an. Abpräparieren der Blase, keilförmige Exzision der Tubenenden, Abtragen der Tuben, Peritonisierung. Wegen der Subinvolutio wurde die hintere aufgelockerte Wand des Uterus an den unteren Wundwinkel angenäht; Heilung. Der Fall des Verf. ist der zweite in der Literatur (erster Fall Freund, 1910). Die Indikationsstellung zur Interpositio im Falle des Verf. war falsch und die Tubensterilisation ungenügend. Zum Schluss empfiehlt Hütelson. jeder Prolapsoperation eine exakte Wiederherstellung des Beckenbodens mit isolierter Levatornaht anzuschliessen.) (H. Jentter.)
21. Jellet, The cause and treatment of procidentia uteri, as it occurs in the parous women. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. June. (Polemisch.)
22. Josephson, C. D., Operation von Prolapsus uteri, vaginae et recti einer 80jährigen Patientin. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. Nr. 91 und Gyn. Rundschau. Nr. 8. 1913. (Silas Lindquist.)
23. Just, Die Erfolge der operativen Behandlung grosser Prolapse mit Implantation des Uterus ins Septum rectovaginale. Inaug.-Diss. München.
24. Kamann, Grosser Prolaps mit ventrifixiertem Uterus. Freie Vereinig. mitteldeutsch. Gyn. 29. April. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. (Rezidiv drei Jahre nach der Operation. Uterus 20 cm lang. Exstirpation.)

25. Knipe, Prolapse of the uterus. New York academy of med. 26. Oct. 1911. (Totalprolaps. Supravaginale Amputation und Fixation des Stumpfes an die Bauchwand. Rezidiv. Totalexstirpation der Portio und der Scheide. Heilung.)
26. König, Geschichte der Operationen des Gebärmutter- und Scheidenvorfalles. Inaug.-Diss. Leipzig.
27. Lamwers, L'éxohystéropéxie dans le traitement du prolapsus utérin. Acad. royale de Belge. 30 Sept. 1911. La Presse méd. Nr. 18. (In 27 Fällen guter Erfolg dieser Operation.)
27a. Lewin, Excisio colli uteri, als Behandlungsmethode der Sterilität. Wratsch. Gaz. Nr. 8. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu St. Petersburg. (Eine radikale Heilung der Sterilität ist in 34,3 % aller Fälle erzielt worden.) (H. Jentter.)
28. *Liepmann, Das Trigonum urogenitale in seiner klinisch-operativen Bedeutung. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 37.
29. Littauer, Kolossalprolaps mit Karzinomentwickelung am Muttermund. Ges. f. Geb. Leipzig. 11. März. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36.
30. Lopez, Behandlung der Totalprolapse in der Menopause. Internat. Kongr. Berlin. Gyn. Rundschau. Nr. 21.
31. Lothrop, The treatment of prolapsus uteri by vaginofixation. Amer. Journ. of obst. Febr. (Bericht über 25 Operationen. Ein Todesfall an Ileus durch Darmkarzinom.)
32. *Marcus, Über die Ätiologie der Prolapse und ihre Dauerheilung durch die Interpositio vesico-vaginalis. Inaug.-Diss. Heidelberg.
33. v. Mars, A., 60 jährige Frau mit totalem Uterusprolaps, Harnverhaltung und erschwerter Defäkation. [Lemberger Ärztl. Ges. am 12. Jan. Lwowski Tygodnik Lekarski. Nr. 4. p. 57. (Polnisch.)] (Uterus lässt sich nicht gut reponieren. Per rectum ein Tumor getastet, welcher den Uterus herabdrängte. Laparotomie ergab, dass es sich um ein Adenokarzinom des linken Ovarium handelte. Es lagen so viele Metastasen am Bauchfell und den Därmen vor, dass an Radikaloperation nicht zu denken war. M. entfernte nur den Tumor, resezierte ein Stück Netz, ventrofixierte den Uterus und verschloss die Bauchwunde. Verlauf gut. M. ist der Ansicht, dass hier doch die Partialoperation immerhin Linderung und Hilfe für einige Zeit bringen werde. In der Diskussion erwähnt Solowij einen Fall, wo die Frau nach Entleerung des Aszites bei inoperablem Adenokarzinoma ovarii noch 3—4 Jahre sich subjektiv ganz wohl fühlte.) (v. Neugebauer.)
34. Martin, Ed., Der Haftapparat der weiblichen Genitalien. II. Teil: Der Prolaps. Berlin, S. Karger.
35. — Zur Anatomie und Technik der Levator-Faszien-Naht. Arch. f. Gyn. Bd. 92.
36. Martin, M. J., Prolapsus génital et Fibrome. Bull. de la soc. d'obst. de Paris. 1 Année. Nr. 3.
37. Mayo, Surgical treatment of prolapse of the uterus and walls of the vagina. Journ. Amer. med. Assoc. Oct. 19.
38. Meyr, Prolapsoperationen und ihre Resultate. Bericht über 240 Fälle aus der Königl. Univ.-Frauenklinik zu München. Inaug.-Diss. München.
39. Montgomery, Consideration on the modern methods of treatment of prolapsus uteri with their advantages and disadvantages. Transactions of the Amer. gyn. Soc. Amer. Journ. of Obst. Nov.
40. Nenadowitsch, Über vermeintliche Retroflexio fixata. Nowojew Med. Nr. 5. (Verf. macht darauf aufmerksam, dass chronische narbige Prozesse im retrozervikalen Bindegewebe perimetrische Stränge vortäuschen können. Die dabei vorkommende Retroflexio ist aber stets mobil und der Uterus lässt sich leicht redressieren. Es existiert ein ätiologischer Zusammenhang zwischen Parakolitis und Parakolpitis einerseits und Retroflexio uteri mobilis andererseits. Diese Form von Parametritis führt zu Sterilität durch Verkürzung des hinteren Scheidengewölbes. Massagebehandlung ist sehr langwierig. Rationeller ist Spaltung der Narben.) (H. Jentter.)
41. Nitzsche, Totalprolaps und zwei daraufsitzende Scheidenkarzinome durch Totalexstirpation geheilt. Nürnberger med. Ges. 22. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 33.
42. Orlow, Retroversio-flexio uteri und ihre operative Behandlung. Wratsch. Gaz. Nr. 8. Sitzungsber. der Ges. russ. Ärzte zu Odessa. (Orlow empfiehlt folgende Methode: Leibschnitt nach Pfannenstiel, Trennung der Adhäsionen. Die Nähte werden durch die Gebärmutter so geführt, dass ein Paar an der Abgangsstelle der Tuben, das andere etwas tiefer die Gebärmutter greift; herausgeführt werden sie auf der Aponeurose

näher zur Linea alba. Nachdem Bauchfell und Aponeurose durch Seidenknopfnähte geschlossen, werden die Uterusnähte auf der Aponeurose geknüpft. Verf. sah in allen 85 Fällen guten Erfolg.) (H. Jentter.)

43. Palmer-Findley, Prolapse of the uterus complicating pregnancy. Journ. of Amer. med. Assoc. Dec. 30. 1911. (Totalprolaps des im dritten Monat graviden Uterus. Aborteinleitung und Plastik in einer Sitzung.)

44. *Pestalozza, Zur chirurgischen Behandlung des Genitalprolapses. Monatsschr. f. Gyn. Bd. 36. Ergänzungsheft.

45. Pistolese, U., L' operazione di Schauta-Wertheim nella cura del prolasso genitale. (Die Schauta-Wertheimsche Operation in der Behandlung des Genitalprolapses.) Atti Soc. Ital. Ostetr. e Ginec. Vol. 18. (Artom di Sant' Agnese.)

46. Polck, Procidentia of the uterus treated by plication of the vagina and conjoined shortening of the uterosacral and broad ligaments. Transactions of Amer. gyn. Soc. Amer. Journ. of Obst. Nov.

47. *Potocki, Traitement du prolapsus utérin. Annales de Gyn. Jan. Tome IX. p. 1 u. 65.

48. Riddle-Goffe, Die Grundsätze bei der Operation sehr grosser Vorfälle. 6. Internat. Kongr. f. Gyn. Berlin. Gyn. Rundschau. Bd. 21.

49. Rollin, Resultate und Dauererfolge der vaginalen Totalexstirpation des Uterus, vereint mit scheidenverengernden Operationen bei Prolaps. Inaug.-Diss. Jena.

50. Schaabak, Die primären und Dauererfolge der operativen Behandlung des Dammrisses, des Vorfalles der Scheide und des Uterus durch Wiederherstellung des Beckenbodens. Diss. Petersburg. (Bericht über 516 Fälle; davon betrafen 90 % Mehrgebärende, 3 % Nulliparae. Der Grad des Vorfalles ist proportional der Geburtenzahl. Es besteht eine innige Beziehung zwischen Geburt, Insuffizienz des Beckenbodens, Retroversio und Vorfall. Komplette Dammrisse führen fast nie zu Prolaps. Wiederherstellung des Beckenbodens (ausgiebige Kolpoperineorrhaphie) weist die besten Erfolge auf (98 % Dauerheilung). Die Sterblichkeit betrug 0,2 %. Hohe Amputation bei Elongatio colli, vordere Plastik bei Cystocele, keilförmige Exzision bei Metritis, Ausschabung bei Endometritis, als Hilfsoperationen bei der Wiederherstellung des Beckenbodens beeinflussen die Resultate sehr günstig. Bei nachfolgenden Geburten ist es ratsam, die Perineotomie zu machen.) (H. Jentter.)

51. *Schirschow, Zur operativen Behandlung des Gebärmutter- und Scheidenvorfalls. Journ. akusch. i shensk. bol. Okt. (H. Jentter.)

52. *Sellheim, Einige Bilder und Bemerkungen zur Erkennung der Beckenverschlussmittel vor und während der Prolapsoperation. Monatsschr. f. Geb. Bd. 36. August.

53. *Solomon, Prolapse and Pregnancy. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. March.

54. Somers, Uterovaginal prolapse in elderly women; technic of operation. Journ. of Amer. med. Assoc. June. p. 1930. (Interposition des Uterus. Vereinigung der Lig. sacro-uterina vor dem Cervix.)

55. *Stoeckel, W., Über die Wertheim-Schautasche Prolapsoperation. Zeitschr. f. Geb. Bd. 71.

56. Stone, The interposition operation for prolapse of the uterus. Amer. Journ. of Obst. Nov.

57. *Sturmdorf, Prinzipien und Ausführung der Perineorrhaphie. Amer. Journ. of Obst. Sept.

58. Thissen, Über die Dauerresultate der Wertheim-Schautaschen Prolapsoperation auf Grund von 223 Fällen der Kieler Frauenklinik. Inaug.-Diss. Kiel. (101 nachuntersucht, die anderen brieflich oder von Ärzten kontrolliert. 17 Rezidive (7,6 %). Unter den selbst kontrollierten 10 Rezidive, also 91—93 % Heilungen.)

59. Tracy, Prolapse of the uterus. Amer. Journ. of Obst. (Kurzes Referat.)

60. Tweedy, Cause and treatment of Procidentia uteri, as it occurs in the parous woman. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. March.

61. Vineberg, The endresults with various operations for procidentia and extensive cystoceles prior and subsequent to menopause. (Besprechung der Vaginofixation und Transposition des Uterus vor die Blase, der vaginalen Fixation der Lig. rot.)

62. Wagner, Zur Operation grosser Genitalprolapse.

63. *Walcher, Die Anguli vaginae und ihre Bedeutung für Geburtshilfe und Gynäkologie. Arch. f. Gyn. Bd. 97.

64. Ward, Hemorrhage after operations for cystocele or interposition. Amer. Journ. of Obst. April.

65. Wargassowa, Zur operativen Behandlung totaler Uterusprolapse. Journ. akusch. i shensk. boles. Mai-Juni. (Bericht über 89 Prolapsoperationen. In allen schweren Fällen von Prolaps ist die extraperitoneale vaginale Fixation der Gebärmutter indiziert (Ausnahme: Fibromyom, Cancer uteri, wo die Exstirpation am Platz ist). Die Lage des Uterus wird der normalen ähnlich und behindert weder Menstruation, noch Koitus, weshalb sie auch bei jungen Frauen indiziert ist (bei letzteren in Kombination mit der Sterilisation). Die Methode steht in keinem Widerspruch mit den neuesten Theorien, welche in dem Uterusprolaps eine Hernie sehen. Alle 89 Mal wurde eine Operation ausgeführt, welche sich durch einige technische Details von der Wertheim-Schautaschen Operation auszeichnet. Unter anderem wird aus der vorderen Scheidenwand ein ovaler Lappen heraussepariert.) (H. Jentter.)
66. Warren, A. Dennis, The Treatment of procidentia uteri. St. Paul med. Journ. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34. (Verlangt in erster Linie Herstellung des Beckenbodens, auch wenn noch kein Prolaps vorliegt.)
67. Watkins, Transposition of the Uterus and bladder in the treatment of extensivs cystocele and uterine prolapse. Amer. Journ. of Obst. Febr.
68. White, An anatomical operation for the cure of cystocele. Amer. Journ. of Obst. Febr.
69. Wormser, Prolapsoperationen bei älteren Frauen. Schweizer Korrespondenzbl. Nr. 23. (Empfiehlt vor dem Klimax Totalexstirpation, nachher Kolpektomie.)
70. Wyatt, A short paper on Le Forts operation with an account of 8 cases. Journ. of Obst. of Brit. Emp. Nov. (Berichtet über die guten Ergebnisse dieser mit Unrecht in Vergessenheit geratenen Operation.)
71. Zacharias, Zur Behandlung des vollständigen Vorfalls mit der vaginalen Totalexstirpation. Nürnberger med. Ges. 16. Nov. 1911. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 4. (Vorstellung zweier Rezidive. Bei dem einen fehlte die Plastik, bei dem anderen war sie nicht geheilt.)

E. Martin (34) hat seine schon früher besprochenen Untersuchungen über den Haftapparat der Genitalien und den Prolaps jetzt in einem vorzüglich ausgestatteten Atlas zusammengefasst, dessen Studium jedem operativ tätigen grossen Vorteil bringen wird. Liepmann (28) bespricht die Bedeutung des Trigonum urogenitale für die operative Therapie. Es ist eine aus zahlreichen Muskelfaserzügen, die aus der ganzen Umgebung stammen, zusammengesetztes Gebilde: Die Kreuzungsstelle aller dieser Muskeln ist das Centrum tendineum oder musculare. Eine analytische Nahtmethode am Damm mit isolierter Aufsuchung der Muskeln ist danach eine Unmöglichkeit, da sich die Muskeln gar nicht einzeln isolieren lassen.

Die Auffassung des Prolapses als Hernie wird von Sturmdorf (57) und Pestalozza (44) vertreten. Nach ersterem ist der Levator ani die Verschlussplatte des Beckenausganges und wirkt durch seine Funktion dem intraabdominellen Druck entgegen. Wichtig ist jedoch auch die normale Lage des Uterus, wenn der Levator zur Ablenkung der austreibenden Kraft der Bauchpresse fähig sein soll. Nach Pestalozza ist der Prolaps eine Hernie der Muskelfaszienschicht. Ursächlich primär ist der fehlende Vulva- und Scheidenschluss post partum, mit oder ohne Einrisse. Er empfiehlt eine Levatorfasziennaht möglichst ohne Scheidenresektion. Die sehr seltene Enterocele vaginalis posterior behandelt Breuillet (6); sie ist auf eine angeborene Tiefe des Douglas zurückzuführen. Die Diagnose ist bei rektaler Untersuchung leicht zu stellen. Die Therapie besteht in regelrechter Eröffnung des Sackes, Reposition und Naht des Levator ani möglichst hoch in der Scheide. Graf (17) fand in allen Fällen von Prolaps bei Neugeborenen mit Spina bifida, männlichen und weiblichen, eine gleichartige Disposition zu Prolaps, Vorstülpung des Bauchfells, Klaffen des Rektums mit beginnendem Vorfall der Schleimhaut, Tiefstand der Blase, des Uterus und der Ovarien, des Douglas und der Prostata. In allen Fällen bestand makroskopisch und mikroskopisch Atrophie des Levator ani und des bindegewebigen Haftapparates. Der Uterus dagegen ist nicht verändert. Daraus schliesst Graf auf die Bedeutungslosigkeit desselben für die Entstehung des Vorfalls auch beim Erwachsenen. Die schlechte

Entwickelung der Beckenmuskulatur wird auch von Halban (18) als ursächlich wichtig für die Entstehung des virginellen Prolapses hervorgehoben. Die Behandlung des Vorfalles bei gleichzeitiger Schwangerschaft bespricht Solomons (53). Bei Vorfall des graviden Uterus rät er zur Pessartherapie, bei Versagen Operation des Vorfalles, bei Infektion Einleitung des Abortes oder Exstirpation. Als angeblich ungefährliche Operation empfiehlt er die Fixation der Scheide in Höhe der Tubenmündung.

Einen grösseren Raum in der Diskussion nimmt wieder die Schautasche Operation ein. Stoeckel (55) berichtet über eine weitere Modifikation der Operation, indem er nach Hervorziehen des Uterus und Fixation den Uterus in seiner ganzen Länge spaltet und die Ränder des Endometriums mit den Scheidenwundrändern vereinigt. Die Schleimhaut wird dann mit dem Paquelin verschorft. Weniger gute Ergebnisse berichtet Marcus (32) aus der Heidelberger Klinik: 56 Fälle bei grossem Vorfall, 2 bei Incontinentia urinae, 4 Todesfälle (Nachblutung, vereitertes Hämatom, diffuse Peritonitis, Coma diabeticum). 20,6 % Rezidive, 61 % gutes Resultat. Die Operation wurde deshalb aufgegeben. Watkins (67) hat ein von ihm beschriebenes, wesentlich dem Schautaschen entsprechendes Verfahren schon 1899 geübt, seither 225 Fälle, davon 141 nachuntersucht. Die Cystocele blieb in allen geheilt, der Prolaps rezidivierte in 10 % der Fälle. Wenn der Fundus sich vorwölbt, so reseziert ihn Watkins noch nachträglich. In der amerikanischen gynäkologischen Gesellschaft war der Prolaps Gegenstand ausführlicher Besprechung. Etwas Neues förderte die Diskussion nicht zutage. Sellheim (52) gibt an der Hand zahlreicher Bilder und Tafeln seiner von ihm früher veröffentlichten Atlanten eine Darstellung der durch die neueren anatomischen Untersuchungen auf eine bessere Grundlage gestellten Prolapsoperationen. Potocki (47) bespricht sehr ausführlich die ätiologischen Momente, welche bei der Geburt prädisponierend für den Prolaps in Frage kommen, vor allem das Herunterschieben von Cervix und Scheide bei uneröffnetem Muttermund, die Zerreissungen, das Frühaufstehen, das er sehr scharf zurückweist. Er will seine Wöchnerinnen sogar 3 Wochen im Bett halten. Ferner empfiehlt er die präliminare Dilatation der Scheide bei Iparen und Steisslagen mittelst Ballons, Beförderung der Involution durch heisse Duschen und Stillen. Ausführlich wird dann die konservative Therapie, Massage, Bettruhe, Bewegungstherapie und Pessarbehandlung besprochen. Operativ warnt er vor zu weitgehender Anwendung der Levatornaht, wenn die Frau noch gebärfähig ist, da dann schwere Zerreissungen entstehen, die ganz unreparierbar sind. Ferner empfiehlt er sorgfältige Prüfung der zu resezierenden Scheidenlappen, um keine zu grosse Verengerung zu erzielen.

Für die Fälle von Uterusprolaps mit bedeutender Cystocele, in denen der Beckenboden geschwächt ist, schlägt Schirschow (51) als beste Operationsmethode eine Kombination von Ventrofixation und Kolpopexie vor (Colpopexia bilateralis transperitonealis). Die Technik ist folgende: Längsschnitt längs der Linea alba, Spaltung des vorderen Blattes des breiten Mutterbandes längs dem medianen Rande des Lig. rotundum auf beiden Seiten, stumpfes Vordringen durch das Beckenbindegewebe auf die Scheide zu, deren Gewölbe vom Assistenten mittelst 2 Finger emporgehoben werden. Nach Abschieben der Blase der Mittellinie zu. Blosslegen des medialen Abschnittes des Poupartschen Bandes. Die fixierenden Catgutnähte, zwei auf jeder Seite, werden durch das Scheidengewölbe und das Poupartsche Band geführt (1—2 dm medial von Annulus inguinalis internus zwecks Schonung der Art. epigastrica profunda). Nach Versenkung dieser Nähte wird das vordere Blatt der Mutterbänder vernäht und zum Schluss die Ventrofixation nach Leopold-Czerny ausgeführt. Schluss der Bauchwunde eventuell nach Tubarresektion (im gebärfähigen Alter). Wenn nötig wird noch Scheidendammplastik angeschlossen. Dank diesem Vorgehen gewinnt der Genitalapparat zwei fixierte Punkte an immobilen Beckenbändern. Das gespannte vordere Scheidengewölbe bietet der Harnblase genügende Stütze. Schirschow hat bisher 10 Fälle

nach der von ihm vorgeschlagenen Methode operiert. Längste Beobachtungsdauer 1 Jahr 5 Monate. Bisher kein Rezidiv.

Walcher (63) betont die Bedeutung der sog. Anguli vaginae, der Anheftungsstellen der Scheide am Periost des Schambeines für die Ätiologie und Therapie des Vorfalles.

Anhang: Pessare.

1. Basset, Mastdarmscheidenfistel nach Zwanck-Schillingschem Flügelpessar. Beitr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 17.
2. Butler-Smyth, A vaginal pessary retained for 29 Years. Perforation of the bladder and fixation of the instrument by a large phosphatic vesical calculus; lithothripsie; recovery. The Lancet. March 2.
3. Delassus, Choix d'un pessaire. Téchnique d'application et de fabrication. Soins consécutivs. La Presse méd. 27 Janv.
4. Herman, The use of pessaries. The practitioner. Sept.
5. Penkert, Intrauterinpessar, Verein der Ärzte in Halle. 30. Dez. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 52. (Pessar nach Hollweg erzeugte in zwei Fällen schwere Endometritis und Pyosalpinx.)
6. Van de Velde, Über das Schalenpessar. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 37. (Will zur Vermeidung von Einklemmungen der Portio die mittlere Öffnung fortlassen.)
7. Vogt, Strangulation der vorderen Muttermundslippe durch ein Schalenpessar. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52.

4d. Inversio uteri.

1. Altkaufer, Fall von aussergewöhnlich günstig verlaufener puerperaler Inversion von Scheide und Gebärmutter samt daran haftender Plazenta. Med. Nr. 34. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. (Spontane Geburt bei 24jähriger IIpara. Totalinversion von Scheide und Uterus mit Plazenta. Leichte Reposition. Glatte Heilung.)
2. Aytonn, Acute inversion of the uterus. The Lancet. Dec. p. 1580.
3. Béhague, Deux cas d'inversion utérine d'origine différente. L'écho méd. du Nord. Nr. 32.
4. Grossmann, Über Inversio uteri. Gyn. Ges. Dresden. 18. April. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35. (Seit zwei Jahren bestehende Inversion nach Küstner operiert.)
5. Hellier, Akute Inversion des Uterus. Lancet. June 1. (Reduktion der wahrscheinlich bei der Plazentarlösung entstandenen Inversion drei Tage nach der Geburt manuell in Narkose.)
6. v. Holst, Kasuistischer Beitrag zur Inversio uteri. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 10. (Ursache der Inversion war ein breitbasiges Myom des Fundus. Morcellement des Tumors und Amputation des Uterus.)
7. Iljina, Ein Fall von Inversion eines prolabierten Uterus. Protokolle und Verhandlungen der Med. Ges. zu Rjasan. 1908—1910. (Bei der 70jährigen Patientin führte ein submuköser Polyp zu Uterusinversion. Totalexstirpation des prolabierten und invertierten Uterus ohne Narkose. Heilung.) (H. Jentter.)
8. Lemaire, Le traitement de l'inversion chronique de l'uterus. Bull. de la soc. d'obst. de Paris. Nr. 8. Nov. 1911. (Vergeblicher Versuch, eine sieben Monate bestehende Inversion durch Kolpotomie zu heilen. Exstirpation.)
9. Madshuginsky, Zur operativen Behandlung veralteter Uterusinversionen. Med. Obosr. Nr. 9. (Zwei Fälle erfolgreich behandelt nach Piccoli.) (H. Jentter.)
10. Mansfeld, Inversio uteri bei Hypoplasie des Adrenalsystems. Mitteil. aus der Frauenklinik von Budapest. Bd. 2. S. Karger. (Die Inversion entstand bei schwerer Atonie des Uterus bei 21jähriger Ipara. Exitus. Obduktion ergab enge Aorta, Status thymicolymphaticus. Auffallend kleine Nebenniere. Adrenalingehalt 1 mg statt 4 mg.)
11. Mars, A. v., Vorstellung einer Frau, welche von ihm drei Jahre nach wegen puerperaler Uterusinversion ausgeführter Piccoli-Operation jetzt entbunden wurde. Bei Aufnahme stand die Vaginalportion des Uterus so hoch über dem Promontorium, dass sie knapp mit dem Finger erreichbar war. Erste Schädellage, vorderes Scheidengewölbe herab- und hervorgedrängt, vordere Uteruswand stark ausgezogen, an der hinteren Uteruswand grössere Resistenz. Spontangeburt eines lebenden Kindes von 3900 Gramm. Da der Uterus sich mangelhaft kontrahierte, entfernte M. die Plazenta nach drei Stunden manuell. Der Finger tastete an der hinteren Uteruswand

vergeblich nach der postoperativen Narbe. Der Fall spricht zugunsten der operativen Therapie der Uterusinversion mit Hysterotomie. (v. Neugebauer.)

12. Oldfield, Chronische, 23 Jahre bestehende Inversion des Uterus, geheilt durch Exstirpation. The Lancet. June 1.

13. Philipps, Zur Behandlung der Inversio uteri. North of Engl. obst. soc. Nov. 17. 1911. (Drei Fälle. Er rät von der sofortigen Reposition ab bei bestehendem Schock. Nach 2—20 Stunden konnte in Narkose leicht reponiert werden. Zusammenstellung von 184 Fällen mit 43 Todesfällen = 23 %.)

13a. Ricci, A. P., Della inversione cronica dell' utero. (Chronische Uterusinversion.) Atti Soc. Ital. Ostetr. e Ginec. Vol. 18. (Artom di Sant' Agnese.)

14. Thorn, Zur Ätiologie der Inversio uteri bei Prolaps. Gyn. Rundschau. Nr. 5. (Bericht über einen der seltenen Fälle von inkompletter Inversion des prolabierten Uterus. Vorbedingung seiner Entstehung ist eine Fixation der Vagina und der Cervix und das Vorhandensein von Cervixrissen und Ektropien. Es invertiert sich zunächst das untere Uterinsegment über dem Os internum.)

15. Vautrin, Inversion utérine par tumeur d'origine Müllerienne chez un enfant. Reunion Obst. de Nancy. 15 Mai. Bullet. de la soc. d'obst. de Paris. I. Nr. 3. (Vollständige Inversion des Uterus bei 15jährigem Mädchen, hervorgerufen durch eine walnussgrosse Zyste unter der Schleimhaut des Isthmus.)

16. Wein, Ein Fall von Inversio uteri. Orv. Hetilap. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26. (Inversion eines prolabierten Uterus bei einer alten Frau bei starker Anstrengung.)

17. Weiss, La colpo-hysterotomie postérieure dans le traitement de l'invérsion utérine chronique, d'origine puerpérale. Bull. de la soc. d'obst. de Paris. I. Nr. 43. (Zwei Fälle geheilt durch Küstners Verfahren.)

5. Sonstiges.

a) Perforation des Uterus bei therapeutischen Eingriffen.

1. Gerschun, Zur Kasuistik der intrauterinen Fremdkörper. Journ. akusch. i shensk. boles. Febr. (Gerschun reiht zu den von Neugebauer und Odefey gesammelten Fällen noch 30 Fälle aus der Literatur an (im ganzen 126 Fälle) und bringt zwei eigene Beobachtungen: 1. Die abgebrochene Spitze einer Uterusspritze wurde nach Erweiterung der Cervix mit der Curette extrahiert. 2. Zwecks Fruchtabtreibung führte Patientin eine Haarnadel, deren eine Hälfte mit Watte umwickelt war, in den Uterus. Nach dem stattgehabten Abort (4½ monatlich) dauernder eitriger Ausfluss. Die Haarnadel lag im Uterus; die eine Spitze hatte die Uteruswand perforiert und war tief ins Parametrium gedrungen; sie wurde nach Spaltung der vorderen und hinteren Uteruswand und des linken Scheidengewölbes extrahiert. Heilung.) (H. Jentter.)

2. Gologowsky, Ein Fall von Atrophie der Gebärmutter in frühem Alter. Wratsch. Gaz. Nr. 48. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu Kiew. (Bei der 29jährigen Patientin trat im Anschluss an die Laktation des zweiten Kindes volle Atrophie der Genitalien ein. Länge der Gebärmutter 3 cm.) (H. Jentter.)

3. Gräupner, Instrumentelle Verletzung des Uterus. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. 23. März. Monatsschr. f. Geb. Bd. 35. (Perforation mit der Abortzange. Der Uterus war leer, aber einen Monat vorher schon curettiert worden. Laparotomie, Naht der Uteruswunde und der nicht perforierenden Darmverletzungen. Beginnende Peritonitis. Heilung.)

4. Halban, Zur Kasuistik der Uterusperforationen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16. (Bericht über sieben beobachtete Fälle, bei zweien Exitus, in den anderen Heilung nach Laparotomie.)

5. Janczewski, St., Przeglad chir. i gin. Bd. 2. Bd. 4. p. 246—249. (Fall von Uterusperforation bei einer wiederholten Auskratzung mit Vorfall eines Omentalzipfels aus dem Mutterhalse. Genesung bei abwartender Behandlung. Das fremde Gebilde wurde mit dem auskratzenden Löffel hervorgezogen, 2 cm lang. Reposition, Uterustamponade. Eisblase auf den Leib. Am nächsten Tage Gazetampon ex utero entfernt, keine Blutung. Euphorie, einmal Temperatur + 38,0 ° C. Bei Entlassung der Kranken im hinteren Scheidengewölbe etwas vermehrte Resistenz und Druckempfindlichkeit. Sechs Wochen nach Entlassung soll einmal sub menstruatione ein grünlicher Gewebsfetzen ausgestossen worden sein. Die Frau blieb alsdann gesund

vier Jahre lang, ohne wieder schwanger zu werden. 1911 wurde bei derselben Frau wegen linksseitigen Tubenabortes der Bauchschnitt gemacht. Dabei fand sich ein Netzzipfel mit der hinteren Uteruswand verwachsen, rechterseits etwa 2 cm unterhalb des Fundus uteri. Es hatte sich also das in utero enthaltene Stück des seinerzeit in die Uterushöhle reponierten Netzzipfels abgestossen, während der obere Teil in der Perforationswunde fixiert geblieben war. Der jetzt beim Bauchschnitt entdeckte, mit dem Uterus verwachsene Netzzipfel war etwa 1 cm breit. Er wurde zweifach unterbunden und zwischen den beiden Unterbindungen durchschnitten. Heilung. Beobachtung aus der gynäkologischen Abteilung von v. Neugebauers. Diskussion.) (v. Neugebauer.)

6. Josephson, C. D., Eine Komplikation bei Abrasio. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. Nr. 2 u. 7. (Perforation der Gebärmutter dadurch, dass der Curettebügel beim Ausziehen abbrach. Laparotomie; Extraktion des Curettebügels; Uterussuturen. Heilung.) (Silas Lindquist.)
7. Lendon, Perforation de l'utérus avec les dilatateurs de Hegar. Australian med. Gaz. Tome 1. Nr. 44. 18 Mai.
8. Preissmann, Intrauterine Injektionen bei chronischen Gebärmuttererkrankungen. Ssibirskaja Wratsch. Gaz. Nr. 23. (H. Jentter.)
9. Reifferscheid, Uterusperforation bei instrumenteller Dilatation. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 51.
10. Resinelli, L'esplorazione digitale della cavità uterina e suoi pericoli. (Die digitale Untersuchung der Gebärmutterhöhle und ihre Gefahren.) La Ginec. IX. Fasc. 10. p. 304. Firenze. (Auf Grund eines von ihm studierten Falles lenkt Resinelli die Aufmerksamkeit auf die Gefahren der Zerreissung der Cervix und der Gebärmutter bei der, diagnostischer Zwecke halber, selbst beschränkten Erweiterung. Er zieht, besonders bei submukösen Fibromen, behufs Untersuchung der Gebärmutterhöhle die Hysterotomia ant. vor.) (Artom di Sant' Agnese.)
11. Rosanow, Ein Fall von Subinvolutio uteri post partum, behandelt durch Anregung der Milchdrüsentätigkeit. Wratsch. Gaz. Nr. 35.
12. Sigwart, Zur Therapie perforierender Uterusverletzungen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 37. (Sigwart hält nach den Erfahrungen der Bummschen Klinik es nicht für nötig, den perforierten Uterus jedesmal zu exstirpieren. Es genügt, ihn nach exakter Naht der Risswunde extraperitoneal zu lagern, bei hohen Verletzungen durch Einnähen in den unteren Winkel der Bauchwunde oder durch Übernähen mit Blasenbauchfell, Flexur oder durch Aufnähen der Adnexe.)
13. Sultan, Eine seltene Indikation zur Darmresektion. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 14. (Uterusperforation, entstanden durch Tragen eines Steriletts. Darmeinklemmung. Resektion. Naht des Uterus. Heilung.)
14. Thaler, Uterusperforation bei Abortausräumung, ausgedehnte Darmverletzung. Heilung nach Darmresektion und Totalexstirpation. Geb. Ges. Wien. 28. Nov. 1911. Gyn. Rundschau. Nr. 12.
15. Witt, Kasuistischer Beitrag zur instrumentellen Perforation des abortierenden Uterus. Gyn. Rundschau. Nr. 5. (Zusammenstellung zahlreicher neuer Fälle dieser Verletzungen.)

b) Verschiedenes.

1. Cuzzi, Echinococcus des Uterus. La Gin. Bd. 7. p. 621. (Die Therapie bestand in intrauterinen Ausspülungen des Uterus mit Lysoform, ohne Auskratzung. Heilung in zwei Monaten.)
2. Fuchsig, Über Arsenikvergiftung vom Uterus aus. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 17. (Das Arsenik wår zur Einleitung des Aborts in Substanz eingeführt worden. Exitus in fünf Tagen.)
3. Lichtenstein, Über senile Muttermundsatresie und zur konservativen Behandlung der Gynatresien. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 8. (1. Senile Atresie. Leichte Eröffnung von unten. 2. Hämatometra infolge erworbener Atresie der Scheide bei 15 jährigem Mädchen, durch Laparotomie und kombiniertes Verfahren von der Scheide eröffnet.)
4. Péraire, Fistule intestino-utéro-appendiculaire. Soc. des chir. de Paris. 17. Oct. La Gyn. Févr. (Die Fistel war im Anschluss an ein wegen Fiebers im Wochenbett gemachtes Curettement entstanden.)
5. Sabeil, Du rôle des Eaux de Saint Sauveur dans la cure de la Stérilité. La Gyn. Juillet.

6. Tedeschi, Un cas de toux utérine guérie chirurgicalement. Gaz. degli hosp. e delle cliniche. Tome 23. Nr. 64.
7. Vautrin, Corps étranger dans l'utérus. Bull. de la soc. d'obst. de Paris. Nr. 3. (Drahtstück von 5 cm Länge, zu Abortzwecken eingeführt, wurde ohne Schaden 16 Monate herumgetragen.)
8. Zacharias, Haarnadel im Uterus. Nürnberger med. Ges. 8. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 33. (War zu Abortivzwecken eingeführt worden.)

VI.

Vagina und Vulva.

Referent: Prof. Dr. Ludwig Knapp.

Vagina.

1. Affektionen des Hymen, Bildungsfehler der Scheide, angeborene und erworbene Gynatresien.

1. Albrecht, P., Aplasia vaginae. Ges. d. Ärzte in Wien. 26. Jan. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 6.
2. Baldwin, Artificial vagina by intestinal transplantation. Med. Record. Dec.
3. Benthin, Sectio caesarea cervicalis bei einem Fall von Verdoppelung der Genitalorgane. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13.
4. Beurma, Schwangerschaft und Geburt bei Persistenz des Sinus urogenitalis. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 47.
5. Bovis, de, Künstliche Scheidenplastik. Sem. méd. Avril. Ref. The Brit. Med. Journ. June 22.
6. Bumm, Über künstliche Scheidenbildung aus Dünndarm. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 8. Dez. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26.
7. Cohn, Missbildungen des weiblichen Urogenitalapparates. Sammelbericht über das Jahr 1910. Gyn. Rundschau. Heft 7.
8. Danilow, Erworbener totaler Verschluss der Scheide. Russki Wratsch. Nr. 34. (In der Anamnese zwei sehr schwere, lange dauernde Geburten ohne Hilfe, mit nachfolgenden fieberhaften Wochenbetten. Danach Schmerzen und Unmöglichkeit des Koitus. Es wurde totale narbige Stenose der Vagina mit Hämatokolpos gefunden. Wiederherstellung der Scheide nach Spaltung der Narben und Tamponade.)
(H. Jentter.)
9. Dreyfus, Absence congénitale du vagin. Création d'un conduit par un procédé nouveau. La Gyn. Avril.
10. Emelianow, N. M., Vagina duplex separata. Russ. Journ. f. Geb. u. Gyn. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52.
11. Fischer, A., Über Doppelbildungen der weiblichen Genitalien. Diss. Königsberg. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 1.
12. Floël, Bemerkungen zu der Schubertschen Scheidenbildung usw. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 27.
13. Fournier, Atrésie cicatricielle du vagin. Accouchement à terme par les voies naturelles. Rupture elevée de la paroi postéro-latérale du vagin. Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse. 5 Juin.
14. v. Franqué, Uterus rudimentarius solidus und vollständiger Mangel der Scheide. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. in Bonn. 15. Juli.

15. v. Franqué, Scheidenbildung aus dem Rektum nach Schubert bei angeborenem Scheidenmangel. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Ergänzungsheft.
16. Geiges, Über die Missbildung der Müllerschen Gänge und ihre Bedeutung für die Geschlechtsfunktion. Diss. Freiburg 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39.
17. Georgiewsky, Drei Fälle von Hämatokolpos. Wratsch. Gaz. Nr. 45. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu Tomsk. (Alle Fälle typisch, gehören der dritten Kategorie nach der Nagelschen Klassifikation der Missbildungen an.) (H. Jentter.)
18. Giles, Missbildungen der weiblichen Geschlechtsorgane in klinischer Beziehung. Brit. med. Journ. 1911. Sept. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 10.
19. Grzankowski, Gynäkologische Sitzung der Warschauer Ärztl. Ges. vom 24. Nov. 1911. Przeglad chir. i gin. Bd. 6. Heft 3. p. 358. (Polnisch.) (7jähriges Mädchen mit Schmerzen seit vier Monaten. Hämatometra bei Vaginaldefekt. Einschnitt zwischen Urethralmündung und Anus. In der Tiefe stösst der Finger auf einen Tumor. Einstich; es entleert sich blutige Flüssigkeit. Erweiterung der Einstichöffnung mit Hegars Dilatatoren bis Nr. 15. Gazestreifen in die Tumorhöhle eingeführt. Trotz Blutentleerung Tumor nicht wesentlich verkleinert, erst allmählich erfolgte eine Verkleinerung desselben. Im Laufe eines Monats die geschaffene Öffnung mehrmals erweitert. Einen Monat nach Operation Uterus nur noch so gross wie ein Hühnerei. Uterus bicornis. Der neugeschaffene Vaginalkanal verengerte sich trichterförmig nach oben zu, war nach einem Monate 6 cm lang und glattwandig (?). Vaginalportion nicht vorhanden (?). Uterus bicornis unicollis. Nach drei Monaten erschien zum ersten Male die Menstruation. Geheilt entlassen. Leider nichts gesagt über einen späteren Befund. Vor neun Jahren hatte Grzankowski bei einem 16jährigen Mädchen auf gleiche Weise operiert. Hier machte er den gleichen Einschnitt zwischen Urethral- und Analmündung, traf aber in der Tiefe von 1½ cm auf ein verklebtes Vaginalrohr, dessen Verklebungen er mit dem Finger stumpf lösen konnte, bis zur Tiefe von 5½ cm, wo er auf eine Vaginalportion traf. Er nähte mit einigen Nähten die Vaginalwand an die von ihm geschaffene Hautwunde an. Diesen Vaginalkanal erweiterte er zunächst durch Tamponade und stach dann die Hämatometra an mit Entleerung derselben. Nach sechs Wochen erste Menstruation von sieben Tagen Dauer.) (v. Neugebauer.)
20. Graves, Operative treatment of atresia of the vagina. The Boston med. and surg. Journ. 1910. Nr. 20.
21. Hedley, Occlusion of the lower part of the vagina with absence of the uterus. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Nr. 4.
22. Henkel, Zwei Fälle künstlicher Scheidenbildung aus dem Dünndarm. Demonstration: freie Vereinigung mitteldeutsch. Gyn. 27. Okt. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 2. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 47.
23. Heymann, Pathologie der Scheide. (Zu allen Abschnitten.) Sammelbericht über 1909—1910. Gyn. Rundschau. Heft 6.
24. Hosmer, Ch., Persistent cloaca; technic of cure. Surg., Gyn. and Obst. March. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 21. Nr. 4.
25. Hofbauer, Über plastischen Ersatz der Vagina. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 46.
26. Horand-Fayol, Diverse Missbildungen am Genitalapparat. Lyon méd. Nr. 17. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 11.
27. Hütelson, Die operativen Methoden der Wiederherstellung der Scheide bei Defekt und Stenose derselben. Med. Obosr. Nr. 9. (H. Jentter.)
28. Jaborowski, Narbenstenose der Scheide. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 5.
29. Josephson, C. D., Ein Fall von Aplasia vagina c. haematometra. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. Nr. 12. (Silas Lindquist.)
30. Jung, Behandlung der Entwickelungsstörungen der weiblichen Geschlechtsorgane. Handb. d. ges. Therap. Penzoldt-Stinzing.
31. Juwara, De la création d'un vagin dans les cas d'absence congénitale, par dédoublement de l'espace intervesico-rectal. Revue de Gyn. Nr. 5.
32. Kaplan, Angeborener Defekt der Vagina. Diss. Berlin 1911.
33. Kermauner, Die Fehler in der Verschmelzung der Müllerschen Gänge. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. p. 724.
34. Kraus, Vagina septa. Ärztl. Verein zu Brünn. 18. Dez. 1911. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 17. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 4. p. 189.

35. Kroemer, P., Die plastische Neubildung der Scheide bei partiellem und totalem Defekt. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Bd. 5. Heft 1. (Zu kurzem Referat nicht geeignet.)
36. Kouwer, Gynatresie. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 3.
37. Lederer, S., Atresia hymenalis congenita. Prager med. Wochenschrift. Nr. 37. (Kasuistik.)
38. Lichtenstein, Über senile Muttermundsatresie und zur konservativen Behandlung der Gynatresien. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 8.
39. Lindquist, Hämatokolpometrium. Schwed. Ges. f. Geb. Jan. 1911. Hygiea. Nr. 2. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 18.
40. Papanicol, Bildung einer künstlichen Vagina aus dem Dünndarm. Bull. de la Soc. Belge de Gyn. Nr. 3 und Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31.
41. Pauchet, Correction opératoire d'une anomalie génito-urinaire. La Gyn. Nr. 3.
42. Rodes, Malformation of female genitals. Journ. Amer. med. Assoc. Nr. 17.
43. Rosner, Krakauer Gyn. Ges. 26. März. Przeglad Lekarska. Nr. 20. p. 370. (Polnisch.) (23 jähriges Mädchen mit angeborener hymenaler Vaginalatresie und regelmässiger Menstruation per urethram. Es soll infolge der Atresie ein Hämatom in die Blase durchgebrochen sein, wie Rosner vermutet. Bei einer Kystoskopie fand Rosner zwischen den Ureterenmündungen einen Schlitz, welcher die Durchbruchsstelle sein soll. Die Kranke soll operiert werden.) (v. Neugebauer.)
44. Rylko, Narbenstriktur der Scheide. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 5.
45. Schroeder, R., Über eine sonderbare und sehr seltene Form der Atresia hymenalis in der Menarche. Rostocker Ärzte-Verein. 9. Nov. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 52.
46. Schubert, Zwei weitere Fälle von Scheidenbildung bei angeborenem Vaginaldefekt. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 7.
47. — Vaginaldefekt und Scheidenbildung aus dem Mastdarm. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34. Internat. Gyn.-Kongress zu Berlin. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40.
48. Stoeckel, W., Über die Bildung einer künstlichen Vagina. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1.
49. Strassmann, Operative Vereinigung bei sogenannter Verdoppelung des Genitalkanals und bei Verschluss einer Hälfte. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 37.
50. Vautrin, Hématocolpos latéral par malformation utéro-vaginale. Reun. obst. et gyn. de Nancy. Mars. Ref. Ann. de gyn. et d'obst. Août.
51. Vermey, Haematometra post partum. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. e Gyneec. 1911. p. 245. (Vaginal wurde die Hämatometra geöffnet.) (W. Hollmann.)
52. Vromen, Ein Fall von Missbildung der Geschlechtsorgane usw. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. Heft 2. (Einseitiger Defekt an Scheide, Uterushorn und Tube bei 37 jähriger Frau; Obduktionsbefund.)
53. Weisberg-Bischofswerder, Atresia vaginae. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 5.
54. Wenzel, F. W., Uterus rudimentarius bicornis mit Defectus vaginae. Diss. München. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52.

2. Lageveränderungen der Scheide. Plastische Operationen.

1. Altkaufer, Fall von aussergewöhnlich günstig abgelaufener puerperaler Inversion von Scheide und Gebärmutter usw. Medycyna 1911. Nr. 34. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22.
2. Blommesteyn, van, Urethrocele. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1911. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25.
3. Boldt, Totalexstirpation wegen Totalprolaps. Trans. of the New York. Obst. Soc. Amer. Journ. of Obst. Febr.
4. Boyd, Complete inversion of the uterus and vagina. Transact. of the Obst. Soc. of Philadelphia.
5. *Brandas, A., Procidence de l'épiploon dans le vagin. Rev. de gyn. Juillet.
6. Breuillet, H., L'élytrocèle ou entérocèle vaginale postérieure. Thèse de Paris. Ref. La Presse méd. Nr. 81. La Gyn. Nr. 5. p. 316.
7. Bumm, Heilung schwerer Prolapsrezidive nach Totalexstirpation durch Transplantation aus der Fascia lata. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 26. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32.
8. Cleveland, An unusual development following an operation for cystocele. The Bull. of the womans hospital. I. 1.

9. Dervaux, Considération sur le prolapsus génital féminin. Réunion obst. et gyn. de Lille. 27. Mars.
10. Fabbri, Neues Pessar gegen Genitalprolaps. Ital. Geb. Gyn. Ges. 14. April. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 6.
11. Franz, K., Eine Prolapsoperation. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Ergänzungsheft.
12. Gallant, Panhysterokolpektomie bei Prolaps. Monthly cyclopaedia and med. bull. Philadelphia. Dec. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22.
13. Goebel, Plastischer Ersatz des vorderen Teiles des Mastdarmrohres durch die hintere Scheidenwand. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 1.
14. Goffe, The latest operation for the relief of extreme cases of procidentia, cystocele and rectocele. The Bull. of the woman hospital. I. 1. Med. Record. Nov. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 10.
15. — The principal involved in the operation for the relief of procidentia uteri with rectocele and cystocele. Report of cover. Transact. of the Amer. Gyn. Soc.
16. — The principles involved in the operation for extreme cases of procidentia, an operation for permanent relief. VI. Internat. Gyn.-Kongr. in Berlin. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. Gyn. Rundschau. Heft 21.
17. Heinsius, Blaseninversion und Totalprolaps von Uterus und Vagina infolge von Ulcus chronicum vulvae. Zeitschr. f. gyn. Urol. III. Heft 3. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 40. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 18. Internat. Gyn.-Kongress in Berlin. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40
18. Herman, E., Der Gebrauch der Pessarien. Practitioner. Sept. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51.
19. Höfer, Dauerresultate von Prolapsoperationen mit Dammplastik nach Küstner. Diss. München. August. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 1.
20. Jellet, The cause and treatment of procidentia uteri etc. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. June. p. 335.
21. Just, Die Erfolge der operativen Behandlung grosser Prolapse mit Implantation des Uterus ins Septum rectovaginale. Diss. München. April.
22. Kamann, Grosser Prolaps bei ventrifixiertem Uterus. Freie Vereinigung mitteldeutsch. Gyn. 28. April. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29.
23. Kupferberg, Hühnereigrosser Blasenstein bei jahrelang bestandenem vaginalem Totalprolaps mit Cystocele completa. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Frankfurt a. M. 19. Mai.
24. Liepmann, W., Das Trigonum urogenitale in seiner klinisch-operativen Bedeutung. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 37.
25. Marcus, Über die Ätiologie der Prolapse und ihre Dauerheilung durch die Interpositio uteri vesico-vaginalis. Diss. Heidelberg. Juni. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 1.
26. Martin, Gymnastics and other mechanical means in the treatment of visceral prolapse and its complications. Transact. of the Amer. Gyn. Soc. May 28.
27. — Fibrome et prolapsus génital. Réun. obstétr. et gynéc. de Toulouse. Mars.
28. Menge, Behandlung der Lageveränderungen der weiblichen Geschlechtsorgane, Handb. d. ges. Therapie. Penzoldt-Stinzing. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40.
29. Meyr, Prolapsoperationen und ihre Resultate. Diss. München. Mai. Ref. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 1.
30. Moraller, Demonstration zur Prolapsoperation. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 14. Juni. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 8.
31. Nitzsche, Präparat von Totalprolaps mit Scheidenkarzinom. Nürnberger med. Ges. 22. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 23.
32. Paoli, Considerazione per la cura chirurgica degli spostamenti uterini. La Rass. d. ost. e gin. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51.
33. Pestalozza, E., Zur chirurgischen Behandlung des Genitalprolapses. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Ergänzungsheft.
34. Pini, Über einen Fall von Anus vestibularis bei Genitalprolaps. Breslauer gyn. Ges. 18. Febr.
35. Polk, Procidentia of the uterus treated by plication of the vagina and conjoined shortening of the uterosacral and broad ligaments. Transact. of the Amer. Gyn. Soc.
36. Potocki, Zur Behandlung des Uterusvorfalles. Annal. de Gyn. et Obst. Jan.-Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 51. (Nichts Neues!)

37. Rollin, Resultate und Dauererfolge der vaginalen Totalexstirpation des Uterus, vereint mit scheidenverengernden Operationen bei Prolapsleiden. Diss. Jena. April. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 1.
38. Rylko, Narbenstriktur der Scheide. Gyn. Rundschau. H. 5.
39. Schad, Über die Schautasche Prolapsoperation. Diss. Giessen. April. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 1.
40. Schoerl, Variation der üblichen operativen Behandlung der weiblichen Prolapse. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 18.
41. Sellheim, Darstellung der Beckenverschlussmittel während der Prolapsoperation. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Frankfurt a. M.
42. — Einige Bilder und Bemerkungen zur Erkennung der Beckenverschlussmittel vor und während der Prolapsoperation. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 2.
43. — Über die obligaten und fakultativen Befestigungsmittel der Baucheingeweide. Internat. Gyn.-Kongr. zu Berlin. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40.
44. Serée, Cystocele vaginalis. Thèse de Nancy 1911.
45. Somers, Uterivaginalprolapse in elderly women. The Journ. of the Amer. med. Assoc. June.
46. Spoerl, Eine Variation der üblichen operativen Behandlung der weiblichen Prolapse. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 18.
47. Stoeckel, W., Über die Wertheim-Schautasche Prolapsoperation. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 71. Heft 1. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 36.
48. Thaler, Zur Anwendung der Lokalanästhesie und der lokalen Suprareninanämisierung bei der Kolpohysterotomia ant. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24.
49. Thissen, Über die Dauerresultate nach der Wertheim-Schautaschen Prolapsoperation usw. Diss. Kiel. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 1.
50. Vineberg, The end-results with various operative procedures for procidentia uteri and extensive cystocele prior and subsequent to the menopause. Vaginofixation or transposition of uterus and bladder. Transact. of the Amer. Gyn. Soc. Nov. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 10.
51. Walcher, Die „Anguli vaginae“ und ihre Bedeutung für die Geburtshilfe und Gynäkologie. Arch. f. Gyn. Bd. 97. p. 362. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38.
52. Ward, Hemorrhage after operations for cystocele or interposition. Transact. of the New York Obst. Soc. Jan. 9.
53. Watkins, Transposition of the uterus and bladder in the treatment of exclusive cystocele and uterine prolapse. Amer. Journ. of Obst. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26.
54. White, An anatomical operation for the cure of cystocele. Amer. Journ. of Obst. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26.
55. Wormser, Über Prolapsoperationen bei älteren Frauen. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 23. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 5.
56. Wyatt, Le Forts operation for prolapse. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. Nov.

Einen bemerkenswerten Fall bespricht Brandas (5). 21 jähr. Mulattin, Nullipara. Austritt einer Geschwulst aus der Schamspalte nach einem Kolikanfall auf dem Klosett. Klinische Annahme: Cervixpolyp. Die Autopsie der an Tuberc. pulmon. verstorbenen Patientin erwies den Tumor als Anteil des grossen Netzes, durch den Douglas durchgebrochen. Hierzu fünf Abbildungen. Epikrise mit Berücksichtigung früherer Fälle dieser Art.

3. Neubildungen der Scheide, Zysten.

1. Ahlström, E., Fall von Myoma vaginae. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. Nr. 2. (Silas Lindquist.)
2. Argaud-Piollet, Primäres glanduläres Scheidenkarzinom. Rev. chir. 1911. Nr. 8. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21.
3. Ballerini, Vaginalmetastasen bei Korpuskarzinom. Ital. geb.-gyn. Ges. 14. April. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 6.

4. Batalin, Eine Scheidenzyste. Wratsch. Gaz. Nr. 14. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu Tomsk. (H. Jenter.)
5. Bland, Sarcoma of the vagina. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. August.
6. Bonney, Diagnose und operative Behandlung des Karzinoms der Vulva, Vagina und des Uterus. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35.
7. Brooke, Sarcoma of the vagina. The Journ. of the Med. Assoc. Vol. 59. Nr. 7.
8. Czerwenka, Ein Vorschlag zur Verhütung von Impfmetastasen im Paravaginalschnitt. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 10.
9. Driessen, L. F., Carcinoma vaginae. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 1911. p. 236. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 3. (Driessen sah zwei Fälle, beide wurden per laparotomiam operiert. Uterus in toto mit Vagina entfernt.) (W. Holleman.)
10. Ehrlich, Zysten und Tumoren. Sammelreferat. Gyn. Rundschau. Heft 13.
11. Fischer, Eine grosse Vaginalzyste der hinteren Scheidenwand als Geburtshindernis. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20.
12. Flaischlen, Über Implantationsrezidiv der Vagina. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 12. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27.
13. Graefe, Ein Fall von Melanosarkom der Vagina. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13.
14. Haertel, Antimeristem bei Scheidenkarzinom. Gyn. Ges. in Breslau. 27. Febr. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 5. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23.
15. Hannes, Das Karzinom der weiblichen Genitalien. Ergebn. d. Chir. u. Orthopädie. 1911. Bd. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29.
16. Heinricius, Über Deportation von Chorionvilli und Metastase in der Scheidenwand bei Mola hydatinosa uteri. Arb. a. d. geb.-gyn. Klin. zu Helsingfors.
17. Hirsch, Über Adenokarzinom der Vagina. Arch. f. Gyn. Bd. 95. Heft 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12. Med. Klinik. Nr. 2.
18. Hörrmann, Zur Klinik der Zysten des Wolffschen Ganges. Gyn. Ges. in München. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 27.
19. Van der Hoeven, P. C. F., Carcinoma vaginae. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 1911. p. 247. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 3. (Van der Hoeven hat von unten die Vaginae umschnitten und dicht genäht und darauf per laparotomiam den Uterus nach Wertheim entfernt.) (W. Holleman.)
20. Jaworski, Vaginalkarzinom. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 4.
21. Johannsen, Über drei Versuche der Behandlung inoperabler Karzinome mit Antimeristem. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14.
22. Kaiser-Strobach, Chorioepithelioma malignum. Gyn. Ges. zu Dresden. 21. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28.
23. Kieselbach, Über Papillome der Vagina. Diss. Erlangen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 4.
24. Krönig, Behandlung der Geschwülste der weiblichen Geschlechtsorgane. Handb. d. ges. Therapie. Penzoldt-Stinzing.
25. Nitzsche, Scheidenkarzinom bei Totalprolaps. Nürnberger med. Ges. u. Poliklinik. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 23.
26. Oefele, v., Selen als Karzinomheilmittel. New York med. Monatsschr. Bd. 22. Nr. 9. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29.
27. Palm, Auf die Scheide weit übergegangenes Portiokarzinom mit gravid. II. m. Berl. Ges. f. Geb. u. Gyn. 28. Juni.
28. Pauncz, Sándos, Az egész genitalis apparatus és rectum perinealis uton való kiintásával sikerrel operált hüvelyiák esete. Orvosi Hetilap. Gyn. Nr. 1. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. (Pauncz heilte eine 51 jährige Frau mit Krebs der hinteren Scheidenwand durch die rein perineale Exstirpation des ganzen Genitalapparates samt Rektum. Er legte einen Anus sacralis an. Glatte Heilung mit einer linearen Narbe zwischen Harnröhrenmündung und Anus.) (Temesváry.)
29. Polano, Chorionepitheliome mit langer Latenzzeit. Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. 7. Juli. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 37. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 35.
30. Radwanska, Karzinom der prolabierten Vagina. Beitrag zur Ätiologie des Karzinoms. p. 248—254. Verhandl. d. Gyn. Sekt. der poln. Naturf. Versamml. Krakau. Juli 1911.
31. Rosenberger, Fibrom der Scheide. Journ. akusch. i shensk. bol. Dez. (Der ichorös zerfallende Tumor nahm das Becken ein und führte zu schweren Inkarzerationser-

scheinungen. Der Stiel ging von der hinteren Scheidenwand aus. Gewicht 777 g. Mikroskopisch reines Fibrom.) (H. Jentter.)
32. Rosenstein, Über ein Adenom des hinteren Scheidengewölbes bei Erhaltung des Wolf-Gartnerschen Ganges. Gyn. Ges. in Breslau. 26. Okt. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 2. (Kasuistik mit anschliessender Diskussion.)
33. Rouffart, Traitement du cancer primitif du vagin. Bull. de la soc. Belge de gyn. Nr. 3.
34. Starke, Das primäre Scheidensarkom bei kleinen Kindern. Diss. Berlin 1910.
35. Strassmann, Maligner Knoten in der Scheiden-Damm-Inzision nach Radikaloperation bei malignen Ovarialtumoren. Ges. f. Geb. u. Gyn. Zentralbl. 26. Jan. Ref. zu Berlin f. Gyn. Nr. 32.
36. Theilhaber, Zur Lehre von den Ursachen und der Behandlung der Karzinome der weiblichen Genitalien. Arch. f. Gyn. Bd. 96. Heft 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30.
37. Torggler, F., Multiple Myome der Scheide. Gynäkologische Beobachtungen. Vereinsversamml. d. Ärzte Kärntens. 4. März. Die Heilkunde. Nr. 9 f.
38. Tracy, Sarcoma of the vagina. Transact. of the obst. soc. of Philadelphia.
39. Vautrin, Inversion utérine par tumeur d'origine Mullérienne chez un enfant. Réun. obst. et gyn. de Nancy. 16 Mai.
40. Dauner, Beitrag zur Kasuistik der Vaginalzysten. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33.
41. Warstat, Über seltene Kombinationen von Karzinomen an den weiblichen Sexualorganen. Diss. Königsberg. Juni.
42. Weinbrenner, Primäres Scheidenkarzinom. Med. Ges. zu Magdeburg. 5. Dez. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1913. Nr. 8.
43. Westenberger, Beitrag zur Lehre von den Mischgeschwülsten der kindlichen Scheide. Virchows Arch. Bd. 209. Heft 2. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 39.
44. Windisch, Fall von primärem, geheilten Vaginalkarzinom. Budapester königl. Ärzteverein. 22. April. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 9.
45. Zalewski, E., Die Karzinome des Genitaltraktus in ihren Beziehungen zur Metastasenbildung. Diss. Freiburg. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 1.

4. Ernährungsstörungen, Entzündungen der Scheide, Mastdarm-Scheidenfisteln.

1. Abel, Zur Trockenbehandlung des Vaginal- und Uteruskatarrhs mittelst „Tryen". Berl. med. Ges. 27. Nov. u. 4. Dez. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 53.
2. Altmann, Vakzinetherapie bei Gonorrhoe. Wissenschaftl. Vereinig. am städt. Krankenhaus in Frankfurt a. M. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 48.
3. Amann, Pyokolpos. Demonstr. bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. München. 7. Juli.
4. Amersbach, Über die Staphylokokken in den Geschlechtswegen normaler Schwangerer. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 30.
5. Basset, Mastdarmscheidenfistel nach Zwanck-Schillingschem Pessar. Hegars Beitr. Bd. 27. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22.
6. Bauer, Über Tamponbehandlung und ihre Ausführung unter Anwendung von Sulfoformöl. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20.
7. Bauereisen, Die Ausbreitungswege der Genitaltuberkulose. Arch. f. Gyn. Bd. 96. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 41.
8. Bender, Gangrène du fond du vagin consécutive à une hysterectomie abdominale totale pour fibrome. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 22 Avril.
9. Chapple, H., Two cases of pneumococcal vulvo-vaginitis in children. The Lancet. Nr. 4634. (Kasuistik über zwei Fälle dieser Art.)
10. Cukor Miklós, Anormalfs hüvelyváladik bakteriumölö képessigéröl. Orvosok Lapja 18. (Das normale Scheidensekret wirkt bakterientötend infolge seines Milchsäuregehaltes; bei Katarrhen ist als Ersatz für dieses am geeignetsten Laktolavol zur Scheidenspülung zu verwenden.) (Temesváry.)
11. Dufaux, Zur Diagnose der chronischen Gonorrhoe des äusseren Genitale beim Weibe. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 5.
12. Eichhorst, H., Über urämische Geschwüre auf der Schleimhaut der Scheide. Med. Klinik. Nr. 38. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 42. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 10.
13. Engelhorn, Über die Tuberkulose-Infektion des weiblichen Genitalapparates. Ärztl. Bez.-Verein Erlangen. 15. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 46.

14. Engelhorn, Zur Frage der aszendierenden Urogenitaltuberkulose beim Weibe. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13. (Erwiderung.)
15. — Tötet das Vaginalsekret Tuberkelbazillen ab? Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. 7. Juli. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 35. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 37.
16. Esch und Schroeder, Bakteriologische Untersuchungen über die Wirkung von Vaginalausspülungen bei graviden Frauen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. Heft 1.
17. Friedmann, Die Genitaltuberkulose des Weibes. Diss. Freiburg i. Br. Mai.
18. Fromme, Über die spezifische Behandlung der weiblichen Gonorrhoe. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 21. Berl. med. Ges. 8. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 21. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38.
19. Garin, Hegonon, ein neues Antigonorrhoikum. Wiener klin. therap. Wochenschr. Nr. 4.
20. Glasgow, Gonorrhoe in women. Med. Record. April.
21. Guggisberg, Zur Frage der Vakzinetherapie und Vakzinediagnose der Gonorrhoe. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22.
22. Holste, Ein Fall von Scheiden-Mastdarmfistel mit unklarer Ätiologie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14.
23. Hüffell, Vakzinediagnostik und -Therapie der chronischen Gonorrhoe beim Weibe. Sammelreferat. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 3.
24. Jöllen, Über die Bedeutung der Streptokokkenbefunde im Vaginalsekret Kreissender. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46.
25. Jung, Zur Frage der aszendierenden Urogenitaltuberkulose beim Weibe. Erwiderung. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13.
26. Kamboroglou, Aneurysma der Arteria vaginalis. Revue méd.-pharm. de Constantinople. 25. Jahrg. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29.
27. Keilpflug, Leukrol in der gynäkologischen Praxis. Med. Klinik. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15.
28. Klimeck, V., Über interne Behandlung des Trippers. Reichs-Med. Anzeiger. Nr. 22.
29. Kühn, Örtliche Verwendung von Zucker in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Betrachtungen zu einer biologischen Behandlung der Vaginitis und des Puerperalfiebers. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21.
30. Kutner und Schwenk, Der therapeutische und diagnostische Wert des Gonokokkenvakzins. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38.
31. Labhardt, Beiträge zur Genitaltuberkulose. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. Hft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 30.
32. Labusquière, Acidité du mucus vaginal, son importance. Ann. de gyn. et d'obst. August.
33. Laurence, Vaginitis. Journ. de prat. 1911. Ref. The Brit. med. Journ. Jan. 13.
34. Levy, Über die Bedeutung der bakteriologischen Scheidensekretuntersuchungen für die Diagnose und Prognose des Puerperalfiebers. Diss. Strassburg. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51.
35. Lindsey, Gangrene of the vagina. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 20. Nr. 6.
36. Martin, A., Zu den Gonorrhoefragen. Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung.
37. Menzer, Allgemeines und Besonderes über Vakzinetherapie. Med. Klinik. Nr. 8. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30.
38. Morrow-Bridgman, Gonorrhea in girls; treatment of three hundred cases. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Nr. 21.
39. Nassauer, Behandlung der Vulvovaginitis bei Kindern. Münchn. Ges. f. Kinderheilk. 21. Juni. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 46.
40. — Die vaginale Pulverbehandlung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 10. 11. Bayr. Ges. f. Geb. u. Frauenheilk. 28. Jan. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 6. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16.
41. Niepelt, Die Tuberkulose der weiblichen Genitalien im Kindesalter. Diss. Leipzig. August.
42. Patel, Traitement de la tuberculose génitale de la femme. Ann. de Gyn. Juillet. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1913. Nr. 10.
43. Piechulek, Bericht über fünf Fälle, mit Reiterscher Gonokokkenvakzine behandelt. Greifswalder med. Verein. 26. Jan.
44. Pietkiewicz, Zehn Fälle von Tuberkulose der weiblichen Genitalorgane. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 5.

45. Polano, Über den Einfluss medikamentöser Scheidenspülungen auf die normale und pathologische, nicht puerperale Scheide. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 30.
46. Polubogatow, N. L., Die Anwendung des Antigonokokkenserums bei gynäkologischen Erkrankungen. Russ. Journ. f. Geb. u. Gyn. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52.
47. Potel, Gangrène génitale d'origine dystocique. La Gyn. Juillet. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 50.
48. Prager-Heinrich, Über Trockenbehandlung des Fluors. Therapie d. Gegenwart. Heft 12.
49. Radwanska-Schlank, Fluor albus. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 5.
50. Rebaudi, S., Infezione colerica-Vaginite necrotico-ulcerativa Conseguente stenosi vaginale. Cholerainfektion-Vaginitis necrotica-ulcerativa. Darauffolgende Scheidenstenose. Pathologica Genova Nr. 92. (Artom di Sant' Agnese.)
51. Reber, K., Die Erfolge der Vakzinetherapie bei der Gonorrhoe. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1913. Nr. 4.
52. Rosowsky, Über das Vorkommen der anaeroben Streptokokken in der Vagina gesunder Frauen und Kinder. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 4.
53. Santi, Sull' uso del vaccino gonococcico etc. Folia ginecol. V. 2. IV. 3. Rendiconti d. soc. Tosc. di ost. e gin. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 5.
54. Schindler, Die Behandlung der Gonorrhoe, insbesondere mit einer wasserhaltigen Gleitmasse als Vehikel für Antigonorrhoika. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 18.
55. Schmitt, Über die spezifische Behandlung der weiblichen Gonorrhoe. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 29. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 30.
56. Sellheim, Die Tuberkulose in Gynäkologie und Geburtshilfe. Der Frauenarzt. Heft 6.
57. Simon, Über Arthigonbehandlung der Gonorrhoe. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 10.
58. — Über Vakzinetherapie, insbesondere bei Gonorrhoe. Naturhist. med. Verein. Heidelberg. 30. Juli. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 50.
59. Slingenberg, Die Vakzinebehandlung der weiblichen Gonorrhoe. Arch. f. Gyn. Bd. 96. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 41.
60. Stamer, Operative Behandlung der Rektovaginalfisteln usw. Inaug.-Diss. Berlin. März.
61. Stern, Arthigonbehandlung bei Vulvovaginitis gonorrhoica. Gyn. Ges. in Breslau. 26. März. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 6. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26.
62. Sternberg, Zur Vakzinodiagnostik der Gonorrhoe des Weibes. Gyn. Rundschau. Heft 19.
63. Stolper, Die Tuberkulose der weiblichen Geschlechtsorgane. Sammelreferat. Gyn. Rundschau. Heft 3.
64. Stumpf, Ätzende Scheideneinspritzungen. Demonstr. Gyn. Ges. zu Breslau. 27. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23.
65. Sugimura, Zur Frage der aszendierenden Urogenitaltuberkulose beim Weibe. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 75.
66. Tièche, Siehe unter Vulva 2.
67. Thorn, Zur Frage der aszendierenden Tuberkulose der weiblichen Genitalien. Gyn. Rundschau. Heft 16.
68. — Zur Behandlung der Vulvovaginitis gonorrhoica der kleinen Mädchen. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 5. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 10.
69. Traugott u. Küster, Über den Wert des Ausstrichpräparates für die Untersuchung der Genitalsekrete. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 6.
70. Van de Velde, Spezifische Diagnostik der weiblichen Gonorrhoe. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20.
71. Wainstein, Vakzinetherapie. Therap. Obosrenje. (Russ.) Nr. 12. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1913. Nr. 12.
72. Waldstein, Zur Histologie der Kolpohyperplasia cystica. Geb.-gyn. Ges. 12. Dez. 1911. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 14. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20.
73. Wille, Zur trockenen Behandlung des weissen Flusses. Med. Klin. Nr. 5.
74. Winter, Der „neue Gesichtspunkt" in der Selbstinfektion. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 5.
75. Wolff, Die Genital- und Peritonealtuberkulose des Weibes usw. Diss. Heidelberg. Hegars Beitr. Bd. 17. Heft 3.

5. Fremdkörper in der Scheide. Verletzungen der Scheide. Blutungen.

1. Birnbacher, R., Kasuistische Mitteilungen usw. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 46. (Symphysenruptur und Scheidenriss durch Sturz.)
2. Bode, Stenose beider Ureteren durch einen in der Scheide befindlichen Fremdkörper. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 21.
3. Bondarew, Zur Ätiologie der Scheidenverletzungen sub coitu. Journ. akusch. i shensk. boles. Juli-Aug.-Sept. (Verf. spricht der Lage der Frau beim Koitus, sowie dem intraabdominellen Druck jegliche ätiologische Bedeutung ab. Desgleichen hält er den stürmischen Koitus für die Entstehung der Scheidenverletzung für unwesentlich. Viel wichtiger ist der gewaltsame Koitus bei Vorhandensein irgendwelcher Hindernisse (abnormer oder pathologischer Zustand der Genitalien der Frau, Abnormität des Geschlechtsaktes). Von grosser Bedeutung ist der Grad der Erektion und die Inkongruenz zwischen Penis und Scheide (Altersunterschied, klimakterische und krankhafte Veränderungen der Scheide). Nur in exklusiven Fällen ist der Grösse des Gliedes die Schuld zuzuschreiben, denn die Scheide weist dank ihrer Elastizität einen hohen Grad von Dehnbarkeit auf und adaptiert sich leicht an das grosse Volumen des Gliedes. In einer grossen Reihe von Fällen fehlt jede somatische Ursache der Scheidenverletzung und wir müssen sie suchen, nicht im Koitus selbst, sondern in gewissen psychomotorischen Verhältnissen. Bei abnorm starker Libido kann der reflektorische Muskelkrampf, der dem Orgasmus eigen ist, die Norm überschreiten und durch plötzliche Verkürzung und Abflachung der Scheide dieselbe relativ insuffizient machen, was bei abnorm starker Erektion des Gliedes zur Scheidenruptur führt.) (H. Jentter.)
4. Brosz, S., Ein in die Scheidenwand eingewachsenes Pessarium. Ges. ungar. Spitalärzte. 5. April. Ref. Gyn. Rundschau. 1913. Heft 1.
5. Butler-Smythe, A vaginal pessary retained for twendy-nine years. Lancet. Nr. 4618.
6. Döderlein, Scheidenriss; Pfählungsverletzung durch Rechenstiel. Demonstr. Münchn. gyn. Ges. 14. Nov. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 2.
7. v. Franqué, Hühnereigrosser Stein aus der Vagina. Demonstr. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. 6. Dez.
8. Genouville, M., Calcul de structure urinaire dans le vagin. Soc. de chir. de Paris. Oct. Ref. La Presse méd. Nr. 92.
9. Groboviecki, Über einen Fall von Ruptura recto-vaginalis bei spontaner Geburt. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21.
10. Huguier, Un cas de hernie vaginale. La Presse méd. Nr. 46.
11. Kaufmann, Ruptur des Scheidengewölbes. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 4.
12. Kirste, Fast tödliche Blutung aus einem seitlichen Riss des Hymen. Nürnberger med. Ges. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 33.
13. Kroemer, Rissverletzung der Scheide usw. Greifswalder med. Verein. 26. Jan.
14. Kroesing, Vaginalblutung beim Säugling. Wiener klin.-therap. Wochenschr. Nr. 32. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 40.
15. Kupferberg, Violente Uterusruptur mit Kolpaporrhexis usw. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Frankfurt a. M. 19. Mai. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 3.
16. Lott, Ein geburtshilflicher Unfall. (Perforation der Scheide mit der Zange.) Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17.
17. Marcus, Haarnadel in der Vagina eines sechsjährigen Mädchens. K. k. Ges. d. Ärzte in Wien. 29. März. Wiener med. Wochenschr. Nr. 15. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 16. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 14. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 19.
18. Neu, Behandlung bei Verletzungen der weiblichen Geschlechtsorgane. Handb. d. ges. Therapie. Penzoldt-Stinzing.
19. Paquet, Un cas de désinsertion spontanée de l'extrémité supérieure du vagin. Réun. obst. et gyn. de Lille. 27. März.
20. Pottet, Technik der Naht der Verletzungen von Vagina, Vulva, Damm und Rektum nach spontaner oder künstlicher Entbindung. Revue prat. d'obst. et de péd. Avril. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51.
21. Rouvier, Des ruptures de la voûte du vagin pendant le travail. Annal. de Gyn. et d'Obst. Avril.

22. Vogelsberger, Zur Kasuistik und Genese der traumatischen Verletzungen der weichen Geburtswege. Arch. f. Gyn. Bd. 97. Heft 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38.
23. Vogt, Inkarzeration der Portio durch ein Schalenpessar. Gyn. Ges. zu Dresden. 15. Mai. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 49. (Hier weitere Kasuistik über fünf in der Scheide eingewachsene Pessare.)
24. — Strangulation der vorderen Muttermundslippe durch ein Schalenpessar. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52.
25. Wildbolz, Über Deflorationspyelitis. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 1. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 4. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11.
26. Zacharias, Zur Kasuistik der Verletzungen des Genitaltraktus im Anschluss an Spontangeburt und geburtshilfliche Operationen. Nürnberger med. Ges. u. Poliklinik. 11. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 11.
27. Zangemeister, Uterusruptur und Scheidenriss. Ärztl. Verein zu Marburg. 2. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22.

6. Dammrisse. Dammplastik.

1. Anders, Die mediane Episiotomie nach Küstner. Diss. Breslau.
2. Baranski, Zentraler Dammriss usw. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 4.
3. Dorsett, A case of operation for repair of the female perineum etc. Journ. of Amer. med. Assoc. Sept.
4. Eberhart, F., Über Nekrose des Fettgewebes durch Naht. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51. (Bei Scheiden-Damminzision.)
5. Edgar, Etiology of perineal lacerations etc. Transact. of the med. soc. of the county of New York. Febr. 27.
5a. Exner, Siehe unter Vulva 3.
7. Grünebaum, M., Über Dammplastik bei 27 kompletten Dammrissen. Diss. Giessen. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 1.
9. Llobet, Beitrag zur Frage des zentralen Dammrisses. Diss. Toulouse. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51.
10. Martin, E., Zur Technik und Anatomie der Levatornaht. Geb.-gyn. Ges. zu Berlin. 8. Dez. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26. u. 35 Arch. f. Gyn. Bd. 97. p. 301.
11. Mayer, Über einen Fall von Ruptur des Septum rectovaginale bei spontaner Geburt. Diss. München. Juni.
12. Norris, The female perineum from a general surgeons point of view. The Jôurn. of the Amer. med. Assoc. Nr. 20.
14. — Complete laceration of the pelvic floor. Transact. of the obst. soc. of Philadelphia. The Amer. Journ. of Obst. June. p. 993.
16. Robertson, Über die laterale Inzision des Perineums während der Geburt. Edinburgh Obst. Soc. March 13. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 27.
17. Rongy, Report of a case of delivery through the perineum. Amer. Journ. of Obst. April. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51.
18. Samuel, Über eine weitere Anwendung der Beugelage beim Dammschutz. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32.
19. Schaback, Über die unmittelbaren und die Dauerresultate der chirurgischen Behandlung kompletter Dammrisse. Festschrift f. Ott, II. Teil. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24.
20. Schulte und Rodde, Über Dammrisse. Diss. Berlin. Juli.
21. Sturmdorf, Secondary Perineorrhaphy. Perineorrhaphy in principle and in practice. Transact. of the med. soc. of the county of New York. Febr. 27. Amer. Journ. of Obst. Sept. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51. (Ausführliche Darstellung der Frage mit instruktiven Abbildungen der operativen Technik.)
22. Zamorani, La difesa del perineo. L'arte obst. Nr. 14.

7. Hermaphroditismus.

1. Asch, Demonstration eines frühreifen, wahrscheinlich weiblichen Pseudohermaphroditen. Gyn. Ges. zu Breslau. 31. Okt. 1911. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 7. p. 340.
2. Auvray, Fibroma utérine chez une femme pseudo-hermaphrodite. Soc. d'obst. et de Gyn. de Paris. 22 Avril. Revue de Gyn. Nr. 18. Ref. La Presse méd. Nr. 39.

3. Babassinow, Zwei Fälle von Hermaphroditismus spurius. Wratsch. Gaz. Nr. 3. Sitzungsber. der Ges. russ. Chir. zu Moskau. (H. Jentter.)
4. Cullen, A pseudohermaphrodite. Surg., Gyn. and Obst. Oct. 1911. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 20. Nr. 5.
5. Diefenbach, J., Hereditäre Hermaphroditis. (Familiärer Hermaphroditismus.) Diss. Berlin. März. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 1.
6. Durlacher, Pseudohermaphroditismus usw. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 45.
7. Giles, Siehe unter 1.
8. Greensfelder-Gatewood, Pseudohermaphroditismus. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 15. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 11.
9. Keller, Über Tumoren bei Hermaphroditen. Unterelsäss. Ärzteverein Strassburg. Nov. 1911. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 10.
10. Kermauner, Sexus anceps oder Hermaphroditismus. Frankfurter Zeitschr. f. Path. Bd. 9. Heft 3. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 49.
11. Küstner, Pseudohermaphrodit. Gyn. Ges. in Breslau. 28. März. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 6. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26.
12. Leo, Pseudohermaphroditismus. Med. Ges. zu Magdeburg. 11. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1913. Nr. 2.
13. Lustwerk, Ein Fall von Hermaphroditismus masculinus spurius. Therap. Obosr. Nr. 17. (H. Jentter.)
14. Marion, Pseudo-hermaphrodisme, hypospadias périnéo-scrotal; opération par le procédé de Duplay; guerison. La Presse méd. Nr. 93.
15. v. Neugebauer, Vorstellung eines 21 jährigen Mädchens von fraglichem Geschlecht, welches er schon seit vier Jahren kennt. Gyn. Sitzg. der Warschauer Ärztl. Ges. am 24. Nov. 1911. Przeglad chir. i gin. Bd. 6. Heft 3. p. 362. (Polnisch.) Ref. Gyn. Rundschau. Heft 5. (Schon als neunjähriges Kind verriet Fajga K. männliche Neigungen und verlangt jetzt Änderung der Matrikel, weil der Geschlechtstrieb ein männlicher, auf Frauen gerichteter sei. Koitusversuche mit Frauen scheiterten bisher wegen der genitalen Missbildung. Sekundäre Geschlechtscharaktere durchweg männlich. Penis hypospadiaeus im welken Zustand 4 cm lang, sub erectione grösser. Geschlechtsdrang sehr stark. Frequente Masturbation. Im Ejakulat fanden sich keine Spermatozoen. Äusseres Genitale wie bei Hypospadiasis peniscrotalis, aber keine Vagina vorhanden. Geschlechtsdrüsen weder in den Leistenkanälen, noch per rectum zu tasten. Die Natur eines per rectum getasteten kleinen harten Gebildes will v. Neugebauer nicht entscheiden, weil ja doch der Entscheid kein sicherer wäre; rudimentärer Uterus oder Prostata? Trotzdem keine Geschlechtsdrüsen zu tasten sind, also nichts Positives über das anatomische Geschlecht sich sagen lässt, vertritt v. Neugebauer die Ansicht, dass die Behörde in diesem Falle berechtigt resp. verpflichtet sei, dem Verlangen der Änderung der Matrikel nachzukommen, weil der psychosexuelle Charakter dieses Mädchens ein rein männlicher ist. Es ist der 64. Fall von Pseudohermaphroditismus, welchen v. Neugebauer von 1894 bis 1911 zu untersuchen Gelegenheit hatte.) (v. Neugebauer.)
16. Osoling, Demonstration eines 17 jährigen Hermaphroditen. Wratsch. Gaz. Nr. 12. Sitzungsber. d. chir. Ges. zu Moskau. (H. Jentter.)
17. Pancrazi, Hermaphrodisme et pseudo-hermaphrodisme. Thèse de Paris 1910.
18. Pertik, O., Demonstration eines Hermaphroditen. Ungar. Ges. d. Spitalärzte. 28. Jan.
19. Prince, A case of true hermaphrodism. The Journ. of Amer. med. Assoc. Vol. 58. Nr. 17.
21. Raubitschek, Über eine bösartige Nierengeschwulst bei einem kindlichen Hermaphroditen. Frankfurter Zeitschr. f. Pathol. Bd. 10. Heft 2. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 29.
22. Ringel, Pseudohermaphroditismus femininus. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 16.
23. Schujeninow, Über Hermaphroditismus. Wratsch. Gaz. Nr. 1. Sitzungsber. der Pathologen-Ges. zu St. Petersburg. (Alle Klassifikationen des Hermaphroditismus sind ungenügend, weil sie auf morphologischen Symptomen beruhen und Wesen und Entstehung der Anomalie unberücksichtigt lassen. Wahrer Hermaphroditismus kommt beim Menschen wohl kaum vor, wohl aber bei Tieren, sogar bei hochorganisierten. Der H. spurius ist nicht eine besondere Missbildung, sondern nur ein höherer Grad anderer, häufigerer Anomalien [so z. B. der Hypospadie].) (H. Jentter.)
24. Smith, Another true hermaphrodite. The Journ. of the Amer. Assoc. Vol. 59. Nr. 7. p. 541.

25. Stabel, Demonstration zum Hermaphroditismus. Internat. Gyn.-Kongress zu Berlin. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40.
26. Strassmann, Hermaphroditismus de lege ferenda. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öff. San.-Wesen. Bd. 48. 2. Supplem.-Heft. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28.
27. Treub, 2 gevallen van hemaphroditismus. Nederl. Tijdschr. v. Verlak en Gyneec. 1911. pag. 243. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 3. W. Holleman.)
28. Vogel, Über Hermaphroditismus. 84. Naturf.- u. Ärzte-Vers. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 43. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 44. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 44.
29. Winter, Pseudohermaphroditismus masculinus externus. Demonstrat. Verein f. wissenschaftl. Heilk. Königsberg. 9. Dez.

Vulva.

1. Bildungsfehler, angeborene Anomalien.

1. Audebert, Bride vulvaire congénitale. Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse. 6 Nov.
2. Aymerich, Anomalia des genitals esterni. La Rass. d' ost. e gin. Nr. 7.
3. Bittner, W., Atresia ani vestibularis. Ärztl. Verein in Brünn. 11. Nov. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 52.
4. Forssner, Hj., Ein Fall von Anus vestibularis mit Transplantation des Anus ins Perineum. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. Nr. 8. (Silas Lindquist.)
5. Gaitschmann, Angeborener Defekt des Dammes. Anus vulvaris. Journ. akusch. i shensk. boles. Febr. (Die 35jährige Nullipara war seit 3½ Jahren verheiratet. Koitus per anum, schmerzhaft; hochgradige psychische Depression. Die Analöffnung lag zwischen dem Introitus vaginae und der hinteren Kommissur. Der Mastdarm liegt der hinteren Scheidenwand eng an. Vaginaler Befund normal. Transplantatio ani et recti nach Diffenbach-Rizzolo. Funktionelles Resultat glänzend. In der Folge Gravidität.) (H. Jentter.)
6. Lieberberg, Über angeborene Klitorishypertrophie. Diss. Bern. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 10.
7. Petkewitsch, Epispadie bei Frauen. Wratsch. Gaz. Nr. 7. Sitzg. d. Chir.-Ges. zu Kiew. Journ. akusch. i shensk. bol. Nov. (Die 15jährige Patientin litt von jeher an Inkontinenz. An der Stelle, wo gewöhnlich die Klitoris sich befindet, sieht man die Harnröhre, deren äussere Öffnung stark dilatiert ist und den Finger bis zum Sphinkter passieren lässt. Die 2 cm lange, dünne vordere Wand der Urethra liegt der Symphyse fest an. Zu beiden Seiten der Harnröhre liegen die gespaltenen Teile der Klitoris. Jede Hälfte trägt eine Glans clitoridis. Die weit voneinander abstehenden kleinen Labien bilden auf beiden Seiten je ein Präputium clitoridis. Maximale Kapazität der Blase 80 ccm. Kystoskopisch wurde nur Hyperämie der Blasenschleimhaut konstatiert. Operation: beiderseitige Exzision keilförmiger Stücke der Harnröhrenschleimhaut, darauf Abpräparieren dreieckiger Hautlappen, deren Basis an der angefrischten Urethra liegen, deren Spitze über das Praeputium clitoridis beiderseits zu liegen kommt. Vernähen der Seitenwände der Urethra mit Catgut, der Dreiecke mit Seide. Heilung. Blasenfunktion normal. Verf. sieht in seinem Falle Epispadias sous-symphysaire Durand oder die zweite Form nach der Klassifikation von Guyon und Nagel. Er findet in der Literatur 36 Fälle und gibt ein Literaturverzeichnis von 118 Nummern.) (H. Jentter.)
8. v. Rossem, Congenitale Afwykingen. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1911. Heft 2. p. 60. (v. Rossem fand bei einem Mädchen mit normaler Vulva und Anus neben dem Anus rechts eine Höhle mit Schleimhaut bekleidet. Eine Kommunikation mit Rektum oder Vesika war nicht zu finden. Auf der rechten Glutaeus maximus war eine Schwellung mit Furchen und Hautexkreszenzen. v. Rossem meint, dass ein Teil des kaudalen Darmes in seiner Regression gestört ist.) (W. Holleman.)
9. Souligoux, Imperforation anale; Anus vulvaire; transplantation du rectum; guérison. Soc. de Chir. de Paris. 7 Févr. Ref. La Presse méd. Nr. 13.

2. Entzündung, Ernährungsstörungen, Exantheme, Kraurosis, Vulvitis pruriginosa, Elephantiasis.

1. Behrmann, Über primäre tumorartige Hauttuberkulose an den äusseren weiblichen Genitalien. Diss. Berlin 1910.
2. Beuttner, Kraurosis vulvae. Soc. méd. de Genève. 30 Mai. Ref. La Presse méd. Nr. 71.
3. Bochenski, Atresiae vulvae nach Pfählungsverletzung. Ref. Gyn. Rundschau. H. 4.
4. Brault, Phagedänisches Geschwür der Vulva auf tuberkulöser Basis. Gaz. d'hôp. Nr. 24. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 19.

4a. Cappellani, Elefantiasi della vulva. Elephantiasis der Vulva. Atti Soc. Ital. Ostetr. e Ginec. Vol. XVIII. (Verf. beschreibt einen Fall von Elephantiasis, den er mittelst der Bierschen Aspiration behandelte. Er frägt sich, ob die Krankheit, die er auf einen spezifischen Faktor zu beziehen glaubt, eine ätiologische Affinität mit der Frambösie habe.) Artom di Sant' Agnese.

5. Curschmann, Tuberkulöses Geschwür der Vulva. Demonstr. Ärztl. Kreisverein Mainz. 5. Dez. 1911. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 7. (Zweijähriges Kind. Zunächst Verdacht auf durch Stuprum übertragene Lues. Pirquetsche Reaktion positiv. Später Lungentuberkulose.)
6. Dufaux, Zur Diagnose der chronischen Gonorrhoe des äusseren Urogenitale beim Weibe. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 5.
7. Gibbons, Siehe unter 6.
8. Gördes, Über Kraurosis vulvae. Naturf.-Vers. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 4. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 42.
9. Green-Armytage, Elephantiasis of the vulva. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. Nov.

9a. Goedhart, C., Chronische Vulvovaginitis gonorrhoica bei jungen Mädchen. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1911. Heft 2. Nr. 15. (G. sah in mehreren Fällen bei chronischer gonorrhoischer Vulvovaginitis eine Gonorrh. cervicalis auftreten. Den Heilerfolg bekam er durch Einspritzung von einzelnen Tropfen einer 10%igen Protargollösung in die Cervix, nachdem die Vagina tüchtig mit Sublimat 1/1000 ausgerieben war.) (W. Holleman.)

10. Heinsius, Siehe unter Vagina 2.
11. Jayle, Leucoplasie et Kraurosis vulvae. La Presse méd. Nr. 55. (55jährige Patientin; vor fünf Jahren doppelseitige Ovariektomie. Bald danach zunächst Pruritus, dann Leukoplasie, schliesslich Kraurosis.)

11a. Kouwer, B. J., Chronische Vulvovaginitis bei jungen Mädchen. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1911. Heft 2. p. 1242. (Kouwer sah niemals eine gonorrhosiche Salpingitis oder Peritonitis auftreten bei gonorrhoischer Vulvovaginitis. Die meisten heilen spontan. Niemals hat er die Kinder innerlich behandelt, er kam aus mit 1/1000 $AgNO^3$-Lösung gegen den Hymen zu spritzen.) (W. Holleman.)

12. Kroemer, Verhalten bei äusserer Genitaltuberkulose. Internat. Kongr. gegen die Tuberkulose. Rom, 14.—19. April. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 5.
13. — Kraurosis vulvae. Med. Ges. Leipzig. 5. März. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 27. (48jährige Patientin, mit heftigen Beschwerden seit 13 Jahren. Deshalb Exstirpation der Vulva. Glatte Heilung. Demnach dieses radikale Verfahren der vielfach empfohlenen Röntgenbehandlung vorzuziehen.)
14. Marjoe, Siehe unter 3.
15. Mars, A. v., Kraurosis und Carcinoma vulvae. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 4.
16. Motschan, Gonokokkenvakzine in der Behandlung der Vulvovaginitis. Wratsch. Gaz. Nr. 3. Sitzg. der pädiatr. Ges. zu St. Petersburg. (In allen sieben Fällen schwanden alle klinischen Symptome schnell ohne lokale Behandlung. Der Gonococcus aber verschwand aus den Ausscheidungen nur in zwei Fällen.) (H. Jentter.)
17. Muller, M. L., Esthiomène ten gevolge van Carcinoma recti. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 21. Jaarg. (cf. voriger Jahrgang p. 197.) (W. Holleman.)
18. Nassauer, Siehe unter Vagina 4.
19. v. Neugebauer, Atresia vulvae nach Diphtherie. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 5.
20. Pellier, Kraurosis. Annal. de Dermatol. et de Syphiligraphie. Nr. 6. Ref. La Presse méd. Nr. 80.
21. Penkert, Über Vulvadiphtherie bei einer 43jährigen Frau. Verein der Ärzte in Halle. 30. Okt. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 52.

22. Rouvière, Quelques recherches sur les lymphatiques du clitoris. Ann. de gyn. et d'obst. Mai.
23. Runge, Die Behandlung gynäkologischer Hauterkrankungen mittelst Röntgenstrahlen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 29.
24. Savaré, Contributo allo studio dellea leucoplacia e craurosi della vulva. Ann. d. ost. e gin. Nr. 5.
25. Seligmann, Über Kraurosis und Pruritus vulvae. Geb. Ges. zu Hamburg. 20. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17.
26. — Kraurosis vulvae und Karzinom. Geb. Ges. zu Hamburg. 15. Juni. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48.
27. Slingenberg, Vulvovaginitis by kinderen. Nederl. Maandschr. v. Verlosk. en Vrouwenziehten en van kindergeneeskunde. Nr. 3. (W. Holleman.)
28. Ssokolow, Zur Behandlung der gonorrhoischen Vulvovaginitis bei Kindern. Wratsch. Gaz. Nr. 48. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu Kiew. (H. Jentter.)
29. Stein-Heimann, Estiomene and secondary elephantiasis vulvae. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 14. Nr. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 10.
30. Stern, Siehe unter Vagina 4.
31. Tièche, Vulvovaginitis der kleinen Mädchen. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 5.
32. Tschlenow, Ulcus chronicum vulvae. Med. Obosr. Nr. 5. (Das Ulcus chron. vulvae kommt hauptsächlich bei Prostituierten und Luetischen vor, ist aber nicht spezifischer Natur; es sitzt meist in der Fossa navicularis und in der Gegend der Harnröhre. Histologisch ist es ein chronisches Geschwür, dessen Grund diffuse oder herdförmige Infiltration aufweist, welche um die Gefässe lokalisiert ist. Ätiologisch wichtig sind verschiedene, besonders ulzeröse Affektionen. Bei Lues, Alkoholismus und allgemeinem Kräfteverfall werden die Blutgefässe und der Lymphapparat affiziert, dadurch werden die Gewebe wenig lebensfähig und unter dem Einfluss fortwährender Traumen und Infektionen bildet sich das Ulcus chronicum, mit elephantiastischen Erscheinungen. Die Prognose ist wenig günstig. Die Behandlung besteht in Ruhe, Reinlichkeit, Stärkung des Organismus. Bei Misserfolg Beizungen und chirurgische Eingriffe.) (H. Jentter.)
33. Vallois-Delmas, Kraurosis de la vulvae. Réun. obst. et gyn. de Montpellier. 5 Juin. La Gyn. Sept.
34. Watson, D., Die Behandlung der spitzen Kondylome. Lancet. April 6.
35. Wayneroff-Winarow, Über Tuberkulose der Vulva. Diss. München.

3. Neubildungen. Zysten.

1. Amann, Peri- und paraurethrale Metastasen von Korpuskarzinomen. Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. 7. Juli. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 35. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 37.
2. — Papillärer, grosser Tumor, von der Umgebung der hypospadischen Urethralmündung bei 1¼ jährigem Kinde. Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. München. 7. Juli.
3. Bacher, Das Vulvakarzinom usw. Diss. Erlangen. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 49.
4. Basset, A., L'épithelioma primitif du clitoris; son retentissement ganglionnaire, et son traitement. Thèse de Paris. Ref. La Gyn. Nr. 5. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 10.
5. Behrmann, Siehe unter 2.
6. Bonney, Siehe unter Vagina 3.
7. Borsuk, Hydrocele muliebris. Med. 1911. Nr. 41. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33.
8. Bucura, Leukoplakie und Karzinom der Vulva. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 17. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29.
9. Chambard, M. E., La Hernie inguinale de l'estomac. Revue de gyn. Juillet. (Betrifft einen Mann. In der angeführten fremden Kasuistik auch solche Fälle bei Frauen; hierzu Literatur-Übersicht.)
10. Exner, A., Über Perinealhernien. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 51.
11. Fabre-Sauty, Volumineuses végétations vulvaires. Réun. obst. et gyn. de Lyon. 10 Juin.
12. Firfarow, Zum Karzinom des äusseren Genitals. Wratsch. Gaz. Nr. 21. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu Tomsk. (Fünf Fälle auf 12 000 Kranke der Klinik. Beschreibung eines Falles.) (H. Jentter.)

13. Flater, Über das primäre Karzinom der Klitoris. Diss. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21.
14. Fornero, Di una neoplasia non comune dei genitali esterni. La gin. Nr. 12. (Es handelt sich um eine kleine Geschwulst an der grossen Lippe, aus dem Epithel der Schweissdrüsen stammend und die eine teilweise adenokarzinomatöse, teilweise die Struktur eines Melano-Sarkoms aufwies.) Artom di Sant' Agnese.
15. Fuchs, Neubildungen der Vulva. Sammelbericht. Gyn. Rundschau. Heft 3.
16. Grzanowski, Lipoma pendulum vulvae. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 4.
17. Guth, Über einen ungewöhnlichen Fall von Papillomata acuminata. Prager med. Wochenschr. Nr. 35.
18. Hannes, Siehe unter Vagina 3.
19. Hartmann, Technique de l'ablation de l'épitheliome primitive du clitoris. Ann. de gyn. et obst. Mai.
20. Heimann, Durch Röntgenstrahlen geheiltes Vulvakarzinom. Gyn. Ges. Breslau. 17. Dez. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 3. p. 389.
21. Kehrer, Diagnose und Therapie des Vulvakarzinoms. Gyn. Ges. zu Dresden. 18. April. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35.
22. Ladinski, Carcinoma of the clitoris etc. Transact. of the New York Acad. of med. Febr. 23.
23. *Lockhardt, Melanotic sarcoma clitoridis. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. August. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 10.
24. Marjoe, Report of a case of condylomata of the perineum during pregnancy. Bull. of the Lying-In Hospital of the City of New York. June. Vol. 8. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 50.
25. Morestin, Dermoidzyste der grossen Schamlippe. Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris. Oct. 1911. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 10. (34jährige Patientin. Exstirpation der Zyste.)
26. Nadal, P., Adenomyom der Vagina. Bull. de l'assoc. franc. pour l'étude du cancer. IV. 8. Ref. Deutsche Medizinalztg. Nr. 17.
27. v. Oefele, Siehe unter Vagina 3.
28. Pawlowsky, Fibroma permagnum vulvae. Therap. Obosr. Nr. 17. (H. Jentter.)
29. Penkert, Zwei Präparate von Hydrocele muliebris. Verein der Ärzte in Halle. 30. Okt. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 52.
30. Piekiewicz, Vorfall einer zystös erweiterten Harnleitermündung. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 5.
31. Pakrowski-Segard, Epithéliome primitif de la grande lèvre. Soc. anat. de Paris. 3 Mai. La Presse méd. Nr. 38.
32. Rohrbach, Die histologische Rückbildung der Hautsyphilide unter Salvarsan. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 18.
33. Rothschild, F., Über die malignen Neubildungen der Vulva. Diss. Freiburg. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 48.
34. Rouvière Quelques recherches sur les lymphatiques du clitoris. Ann. de Gyn. et d'obst. Mars.
35. Rupprecht, Erfahrungen über das Vulvakarzinom. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. Heft 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 11.
36. Savaré, Contributo allo studio del carcinoma primitivo della vulva. Beitrag zum Studium des primären Karzinoms der Vulva. La Ginecologia IX. Fasc. 10. p. 311. Firenze. (Artom di Sant' Agnese.)
36a. — Sul cancro primitivo della vulva. La Gin. Firenze IX. 13. (13 Fälle.) (Artom di Sant' Agnese.)
37. Schneller, Lipomatöse Geschwülste der Leistengegend des Weibes. Naturf.-Vers. Münster. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 22.
38. Schoemann, Über Vulvakarzinome. Diss. Jena. April. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 1.
39. Stoeckel, W., Wie lassen sich die Dauerresultate bei der Operation des Vulvakarzinoms verbessern? Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34.
40. Vas, J., Dystopie der inneren Genitalien. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 76. Heft 5. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 51. (Bemerkt, dass diese Affektion häufig sub forma herniae inguinalis bei jungen Mädchen vorkommt.)

41. Vogt, Melanosarkom der Vulva. VI. Internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn.
42. Watson, Siehe unter 2.
42a. Warstat, Siehe unter Vagina 3.
43. Weygers, Urethralprolaps. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 3.
44. Winkelmann, Beitrag zur Kasuistik des Vulvakarzinoms. Diss. München. August. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 1.
45. Wydrin, Ein Fall von Krebs der äusseren Genitalien; Exstirpation des gesamten äusseren Genitales. Wratsch. Gaz. Nr. 5. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu Moskau. (H. Jentter.)
46. Zubrzycki, Fibroma vulvae. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 5.

Lockhardts (23) Fall eines Melanosarkoms der Klitoris betrifft eine 62jähr. Frau, Nullipara. Die Affektion bestand seit 5 Monaten und war sehr schmerzhaft. Die Geschwulst 8 cm lang und 4 cm breit, frei beweglich, wurde weit im gesunden abgetragen. Dabei wurden gleichzeitig die Inguinaldrüsen exstirpiert. Heilung p. p. Auf Tafeln eine klinische und histologische Abbildung.

4. Erkrankungen der Bartholinischen Drüsen.

1. Bender, Thrombus dans un gros abcès de la glande de Bartholini. Rupture de la poche. Hémorragie grave. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 22 Avril.
2. Dufaux, Siehe unter 2.
3. Simon, Siehe unter Vagina 4.
4. Wiener, S., Grosse bilaterale Zysten der Bartholinischen Drüsen. Amer. Journ. of Obst. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29.

5. Verletzungen, Thrombus et Haematoma vulvae et vaginae.

1. Heymann, Siehe unter Vagina 1.
2. Kraus, Rechtsseitiger Riss des Corpus cavernosum clitoridis. Ärztl. Verein zu Brünn. 18. Dez. 1911. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 17. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 4.
3. Lehle, Hämatom der Vulva. Münchn. med. Wochenschr.
4. Oui, Thrombus vulvo-périnéal. Réun. obst. et gyn. de Lille. 20 Juni.
5. Pottet, Siehe unter Vagina 5.
6. Tschernikoff, Haematoma vulvae et vaginae. Inaug.-Diss. Berlin 1910.
7. Vallois, Thrombus vulvaire pendant l'accouchement. Réun. obst. et gyn. de Montpellier. 17 Avril.
8. Zimmermann, P., Zwei Fälle von Haematoma vulvae et vaginae während der Schwangerschaft und nach der Geburt. Diss. Göttingen.

6 Neurose, Vaginismus, essentieller Pruritus vulvae.

1. Bault, Siehe unter Vagina 4.
2. Benthin, Vaginismus. Demonstr. Wissensch. Vereinig. d. städt. Krankenhauses zu Frankfurt a. M. 6. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 14.
3. Campbell-Horsfall, Behandlung von Pruritus vulvae et ani. Brit. med. Journ. March. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29.
4. Frankenstein, Zur instrumentellen Dilatation des Introitus vulvae. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 21.
5. Gibbons, Treatment of pruritus vulvae and ani. The Brit. med. Journ. March 16. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29.
6. Herzberg, Über die Behandlung des Pruritus vulvae mit Pittylen. Med. Klinik. Nr. 46.
7. Heymann, Siehe unter Vagina 1.
8. Kahn, Spasmus des Beckenbodens. Journ. akusch. i shensk. bol. Nov. (Kahn beschreibt vier Fälle von isoliertem Spasmus des Levator ani. Alle Patientinnen hatten geboren, keine litt an Vaginismus. Ätiologisch kommen in Betracht Gebrauch von Präservativen und diverse Anormalitäten des Beischlafes zwecks Schwangerschaftsverhütung.) (H. Jentter.)

9. Koslowski, Pruritus vulvae bei Diabetes mellitus. Diss. München. Okt. Ref. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 1.
10. Linkenheld, Ein typisches Krankheitsbild, hervorgerufen durch Coitus interruptus. Niederrhein.-westf. Ges. f. Geb. u. Gyn. 4. Dez. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 2. (In der Kasuistik mehrere Fälle von Vaginismus.)
11. Zaretzky, S., Zur Röntgentherapie in der Gynäkologie. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. Heft 2. (Vorgeschlagen u. a. bei Pruritus vulvae, sowie bei tuberkulösen Affektionen der Genitalien.)

XI.

Neubildungen des Uterus.

Referent: A. J. M. Lamers.

Myome.

1. Albertin, Utérus myomateux avec myome interstitiel à foyer central de nécrobiose et autre myome „lie de vin". Soc. de chir. de Lyon. Séance du 15 Févr. Lyon chir. Tome 7. Nr. 4. p. 464. Ref. La Gyn. Nr. 8. p. 472. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Nr. 10. p. 269. (Albertin hat unter 450 Hysterektomien wegen Myom 10mal eine solche rotbräunliche Verfärbung des Myoms beobachtet und hat den Eindruck erhalten, dass diese von blutiger Infiltration infolge zahlreicher Thrombosen herrührt. Er fügt dem jetzt einen neuen Fall hinzu, der mit Fieber, aber ohne Reaktionserscheinungen von seiten des Abdomens verlief. Operation, Heilung. Schnelles Wachstum soll die Ursache sein. — Disk.: Goullioud beobachtete einen Abszess in einem Fibrom, ebenfalls mit Fieber ohne Lokalerscheinungen. Er bringt ihn in Zusammenhang mit einer vorangegangenen Influenza. Pollosson unterscheidet Abszess und Gangrän der Fibrome von dem sog. „roten Myom". Letztere entstehen durch schnelles Wachstum. Bei der Operation der ersteren sei durch besondere Massnahmen die Infektion zu vermeiden.)
2. Albertin, Tumeur utérine pédiculée sur le fond péritonéal et constituée par des masses solides avec de graves kystes séreux, avec évolution maligne. Soc. de chir. de Lyon. Séance du 14 Mars. Lyon chir. Tome 7. Nr. 4. p. 603. Ref. La Gyn. Nr. 8. p. 475. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Nr. 10. p. 270. (Mannskopfgrosser, gestielter, zystischer Tumor, der in seinen soliden Teilen Zeichen von Malignität zeigt, aber weiter nicht mikroskopisch untersucht ist. Der Tumor ist von der Kuppe des Uterus ausgegangen und wird samt dem Uterus abdominal exstirpiert. Disk.: Goullioud meint, dass es sich um ein gestieltes Fibrom handelt und hat selbst mehrfach solche gesehen, einmal mit maligner Degeneration. Er beschreibt weiter die akuten und chronischen Erscheinungen der Stieldrehung. Gayet sah ein zystisches malignes Epitheliom des Uterus genau wie das von Albertin vorgelegte als Rezidiv nach Portioamputation. Hysterektomie. Nach sechs Monaten Rezidiv. Bérard beschreibt ähnliche Tumoren.)
3. Albert, M. E., Die Röntgenbehandlung der Uterusmyome. Journ. de Physicothérap. Sept. 1911. p. 489.
4. Alexandrow, Die Behandlung des Uterusfibromyoms. Wratsch. Gaz. Nr. 41. Sitzg.-Bericht der geb.-gyn. Ges. zu Moskau. (Die Röntgenbehandlung bewirkt Tonisierung des Gefässsystems, Resorption der den Tumor umgebenden Gewebe. Die Konturen der Geschwulst werden deutlicher, die Tumoren fester. Gänzlichen Schwund der Myome hat Verf. jedoch nie gesehen. Submuköse Myome werden durch die Bestrahlung nicht beeinflusst (Fehlen der Kapsel). Von den operativen Methoden bevorzugt Verf. die supravaginale Amputation, weil die Cervix, wie es scheint, am Aufrechterhalten des physiologischen Gleichgewichtes der Genitalsphäre beteiligt ist.) (H. Jentter.)

5. Altkaufer, (Vorstellung einer Frau mit Uterusinversion infolge eines Myoms, und zwar nach Entfernung des letzteren. Gyn. Sitzg. der Warschauer ärztl. Ges. am 2. März. Przeglad chir. i gin. Bd. 7. Heft 3. p. 371. (Polnisch.) Altkaufer beabsichtigt die Piccolioperation auszuführen.) (v. Neugebauer.)
6. Balaban, R., Über Cervixmyome. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 5. p. 576. (An der Hand mehrerer eigener Fälle wird eine zusammenfassende kritische Übersicht gegeben über die Pathologie und Therapie dieser immerhin seltenen Myomformen. Literatur.)
7. Beckmann, Ein invertierter Uterus, an dessen Fundus ein Fibromyom sass. Demonstration. Wratsch. Gaz. Nr. 42. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu St. Petersburg. (H. Jentter.)
8. — Zystisches Uterusfibrom. Journ. akusch. i shensk. boles. Okt. Sitzungsber. d. geb.-gyn. Ges. zu St. Petersburg. (Kindskopfgrosse, durch Zerfall entstandene Höhle. Zystenwand 1½—2 cm dick, von fibromyomatöser Struktur. Der Tumor sass dem Fundus uteri auf. Fieber vor der Operation. Nach der supravaginalen Amputation fieberlos.) (H. Jentter.)
9. Barbouth, Aseptische Nekrobiose von Uterusmyomen. Revue de chir. Nr. 10. p. 571. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 22. Nr. 5. p. 280. (Fünf derartige Fälle; eine Art Degeneration, die kompakt oder in kleinen Herden auftritt. Zu unterscheiden trockene Nekrobiose und Nekrobiose mit Ödem. Drei Stadien: 1. Das Muskelgewebe verschwindet, das Bindegewebe vermehrt sich; 2. beginnende Nekrobiose mit Thrombosen, interstitielle Blutungen und manchmal Ödem; 3. komplette Nekrobiose, bei der keine histologisch normalen Elemente mehr zu unterscheiden. Klinisch können ernste Symptome auftreten: Fiebersteigerung, Leibschmerzen, Blutungen. Die operative Prognose ist aber dieselbe wie sonst.
10. Bauereisen, A., Demonstration 1. eines übermannskopfgrossen Myosarkoms und 2. eines Fundusmyoms bei Uterus bicornis. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 11. Nov. 1911. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 5. p. 479. (1. 57jährige Frau, seit acht Jahren eine Geschwulst im Leibe; seit fünf Wochen Kolikanfälle und Blasenbeschwerden. Tumor retroperitoneal, ist ein Myosarkom, das entweder vom rechten Lig. sacrouterinum oder vom rechten Lig. latum ausgeht. Uterus und Lig. rotunda sind nicht beteiligt. Links doppelter Ureter. 2. 37jähriger Frau, die mehrere Kinder mit Missbildungen geboren hat. Abdominale Totalexstirpation. Nur links ein Ureter, der rechte fehlt.)
11. Bender, X., Gangrène du fond du vagin chez une femme ayant subi une hystérectomie abdominale totale pour fibrome de l'utérus. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 1 Année. Nr. 4. p. 357. La Gyn. Nr. 6. p. 361. (Gangrän des oberen Teiles der Scheide 16 Monate nach abdominaler Totalexstirpation des Uterus wegen Myom aus unbekannter Ursache. Starke Blutungen. Tod nach Laparotomie an Peritonitis.)
12. Bernardie, Les fibromes calcifiés de l'utérus. Thèse de Paris 1911. Ref. La Gyn. 16 Année. Nr. 3 p. 188. (Besprechung der pathologischen Histologie.)
13. Blair Bell, W., An adenomyomatous uterus removed during menstruation showing the occurrence of menstruation in the adenomatous islets. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 14. Nr. 4. Ref. Arch. mens. d'obst. et de gyn. 1 Année. Nr. 11. p. 455. (An einem am zweiten Tag der Menstruation wegen Adenomyom entfernten Uterus konnte Verf. die Menstruationsveränderungen in diesem Tumor studieren. Er zeigt an mehreren mikroskopischen Bildern, wie die Geschwulstinseln mit Blut überfüllt sind; die Drüsen sind enorm von Blut ausgedehnt. Das Endometrium zeigt den Übertritt des Blutes in die Uterushöhle. Verbindungen zwischen letzterer und den Inseln des Tumors wurden nicht gefunden.)
14. Blumreich, L., Zur Röntgen- und operativen Behandlung der Myome. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 37. p. 1745. (Man soll die Gefahren der operativen Behandlung der Myome nicht überschätzen zu gunsten der Röntgentherapie, die zunächst noch am Anfang der Entwickelung steht und der zweifellos die Gefahr der Schädigung von Leben und Gesundheit durch nicht immer vermeidbare Fehldiagnosen und bei Applikation grosser Strahlenmengen, die Möglichkeit von zurzeit noch unübersehbaren Spätfolgen innewohnt. Verf. hat selbst eine Reihe von 153 Myomoperationen hintereinander ohne Todesfall. Technisches über die Vorbereitung der Patienten zur Operation und über die Narkose.)
15. Bois, Sur la radiothérapie des fibromes utérins. Soc. méd. de Genève. 1 Nov. 1911. Ref. La Presse méd. Nr. 19. p. 197.

16. Boldt, H. J., Myomatous uterus removed by panhysterectomy because of atypical bleeding, despite a previous bilateral salpingo-oophorectomy. New York Acad. of Med., Sect. on Obst. and Gyn. Meeting of Jan. 25. Ref. The Amer. Journ. of Obst. Vol. 65. Whole Nr. 412. p. 656. (Die Kastration war auch in diesem Fall ohne Erfolg geblieben. Auffallend waren die starken Schmerzen bei dem kleinen Tumor.)
17. — Pan Hysterectomy for a myoma of the cervix. Transact. of the New York Obst. Soc.; Amer. Journ. of Obst. Vol. 66. Nr. 417. p. 425. (Es sollen zweifellos vom technischen Standpunkt aus die schwierigsten Myomoperationen sein. Das Hauptsymptom sind äusserst schmerzhafte Druckerscheinungen auf die umgebenden Organen.)
18. Bonamy, R., Fibrome de l'utérus à pédicule tordu. Soc. des chirurgiens de Paris. Séance du 13 Oct. 1911. Paris chirurgical. 1911. Nr. 7. p. 733. Ref. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Nr. 10. p. 271. (Ein in Nekrose begriffenes grosses, subperitoneales Myom; Stiel dreimal um 90° gedreht. Abdominale Totalexstirpation. Heilung.)
19. — Fibrome volumineux avec utérus infantile et vagin atrophié. Soc. de chir. de Paris. Séance du 5 Juillet. Ref. La Presse méd. Nr. 61. p. 637. (Kasuistik.)
20. — Fibrome utérin. Soc. des chir. de Paris. Séance du 29 Nov. Ref. La Presse méd. Nr. 103. Déc. 14. p. 1046. (Ein aus zwei Teilen bestehender, 3 kg schwerer, myomatöser Uterus. Der eine Teil ist der Uterus selbst, mit zahlreichen Myomen besetzt, der andere ist ein gestieltes Myom von flacher Form, das sich im Lig. latum bis zu den iliakalen Gefässen fortsetzte.)
21. Bonney, V., Sechs Fälle von „Utrikuloplastik" wegen Metrorrhagien. Lancet. May 13. 1911. (Bei sog. hämorrhagischer Metritis und kleinen multiplen Myomen wird aus dem Corpus uteri nach Art der Kellyschen vertikalen Resektion ein breiter Keil aus dem Uteruskörper exzidiert. Bei eventuell nachfolgender Schwangerschaft soll, um die Arbeit des Uterus zu erleichtern, die Geburt einige Wochen vor dem normalen Termin eingeleitet werden.)
22. Bordier, M., Radiotherapeutische Behandlung der Uterusfibromyome, Bedingungen ihrer Wirksamkeit, Indikationen, Resultate. Revue de gynéc. 1911. Tome 12. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 526.
23. Bosquette, Polype fibreux de l'utérus; accouchement de la tumeur; hystérectomie abdominale; guérison. Le Dauphiné méd. 1911. Nr. 1943. Déc.
24. Bovis, R. de, Hystérectomie totale ou subtotale dans le traitement des myomes utérins. Sem. méd. Nr. 7.
25. Briggs, H., Benign Adenomatous Polyp of the Body of the Uterus. North of England Obst. and Gyn. Soc.; April 19. Ref. The Lancet. Vol. 182. May 4. p. 1201. (51 jährige Frau, seit 15 Jahren Pessarbehandlung wegen Vorfall. Linksseitige Salpingitis.)
26. — Demonstration einer Reihe von Fibromen in beiden Hörnern eines Uterus bicornis und eines im Lig. latum, vielleicht vom Ovarium ausgehend. North of England Obst. and Gyn. Soc. Febr. 6. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 21. Nr. 2. p. 115.
27. Bucura, C. J., Uterus myomatosus hypoplasticus mit Achsendrehung. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 17. p. 621. (Bemerkungen über den Mechanismus der Drehung und über den öfters auch ohne namhafte Blutung bestehenden Myomhabitus.)
28. Caillaud, E., Fibrome utérin de la portion sus-vaginale du col développé dans la cloison recto-vaginale. Extirpation par le vagin. Guérison. Bull. de la Soc. anat. de Paris. Déc. 1911. p. 705. Ref. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Nr. 10. p. 266. (Blasen- und Darmbeschwerden. Tumor nach Zerkleinerung von der Scheide aus enukleiert.)
29. Carret, De la torsion des pédicules fibro-utérins sous-séreux en dehors de la grossesse. Thèse de Lyon. Nr. 99. (Diese Stieldrehung ausserhalb der Schwangerschaft selten. Hauptbedingung Insertion des Stieles an eine der Tubenecken; auslösendes Moment Adhäsionen mit dem Darm und dessen peristaltischen Bewegungen. Die Folgen Gefässveränderungen und Ernährungsstörungen. Klinisch überwiegt der peritoneale Symptomenkomplex; die Diagnose nur möglich, wenn der Tumor vor der Stieldrehung erkannt wurde. Myomektomie oder Hysterektomie.)
30. Caturani, M., A proposito dell' assoziazione del fibroma e cancro dell' utero. Arch. ital. di gin. Vol. 15. Nr. 2.
31. Cazin, Fibromyome utérin et appendicite chronique. Soc. des chir. de Paris. Séance du 1 Mars. Paris chir. Nr. 3. Ref. Arch. mens. d'obst. et de gyn. 1 Année. Nr. 11.

p. 431. (Kasuistisch. Cazin macht prinzipiell die Appendektomie und fand dabei zufällig die Veränderungen, welche bis dahin keine Erscheinungen gemacht hatten.)

32. Croom, Halliday J., Maligne Degeneration von Myomen (Adenokarzinom). Edinb. Obst. Soc. Meeting on May 8. Ref. The Lancet. Vol. 182. June 1. p. 1472. (Zwei ganz gleiche Krankengeschichten von Zwillingen, bei denen adenokarzinomatöse Degeneration ihrer Uterusmyome festgestellt wird. Diskussion: Haig Ferguson.)

33. Collica, Report of three cases of supravaginal hysterectomy for fibromyomata uteri, with illustration of a new way of applying the tourniquet in certain special cases. New York med. Journ. 1911. Vol. 94. Nr. 13. Sept. 23.

34. Cumston, C. G., Bemerkungen über 100 Fälle vaginaler Hysterektomie wegen Fibromyom der Gebärmutter. Boston Med. and Surg. Journ. Nr. 18. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 42. p. 2302. (Die operierten Frauen erholten sich alle. In den meisten Fällen bestanden schwere Blutungen. Harnverhaltung oder hartnäckige Obstipation kam in 17 Fällen vor. Die meisten Fälle (57) waren zwischen 40 und 50 Jahren.)

35. Daels, F., Beitrag zur Kenntnis der Myofibrillen im Uterus und in den Uterusgeschwülsten. Arch. f. Gyn. Bd. 94. Heft 3. p. 665. S. Jahresbericht 1911 p. 399.

36. Dartigues, Torsion de l'utérus sur son axe cervical et la partie supérieure du vagin par un gros fibrome calcifié. Radiographie du fibrome minéralisé. Soc. des chir. de Paris. Séance du 9 Févr. Ref. La Presse méd. Nr. 17. p. 178. Arch. mens. d'obst. et de gyn. 1 Année. Nr. 11. p. 430. Paris chir. Nr. 2. p. 129. (Im Vordergrund standen neuralgische Schmerzen in beiden Beinen als Drucksymptome.)

37. Debar, M., Considérations sur une série de cinquante-trois cas de fibromyomes utérins. Thèse Montpellier. Ref. La Gyn. Nr. 8. p. 505. (Das Alter, in dem die Menstruation zum erstenmal auftritt, steht nicht im Zusammenhang mit dem späteren Auftreten von Myomen. Der Blutverlust bei der Regel ist sehr wechselnd nach dem Sitz des Tumors. Das Alter der Menopause bietet besondere Gefahren. Die chirurgische Behandlung ist die Behandlung der Wahl; die einfachste und meist angewandte Methode ist die zervikale Uterusamputation. Die Gefahr des Eingriffes nimmt zu mit dem Alter der Patientin.)

38. Dekester, Myome de la lèvre postérieure du col utérin; enucleation; guérison. Journ. de Scienc. méd. de Lille. 1910. Nr. 44.

39. Delaunay, E., Fibrome simulant un utérus gravide. Soc. des chir. de Paris. Séance du 10 Mai. Ref. La Presse méd. Nr. 45. p. 482. (Siehe Myom und Schwangerschaft.)

40. — A propos de l'hystérectomie vaginale. Soc. des chir. de Paris. Séance du 28 Juin. Ref. La Presse méd. Nr. 59. p. 618. (Bei Myom verwendet Verf. die vaginale Hysterektomie jetzt weniger wie früher, nur noch bei sehr fetten Personen.)

41. Deverre, G., Zwei Fälle von Hysterectomia abdominalis bei sehr voluminösen Fibromen. Drei Fälle von Metrorrhagien, welche Totalexstirpation notwendig machten. Revue. mens. de gyn., d'obst. et de péd. VII. 2 u. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32. p. 1065. (In den beiden ersten Fällen machten die Myome infolge ihrer subperitonealen Lage keinerlei Blutungen; die grossen Beschwerden nötigten zur Operation. In den drei letzten Fällen wurden die Blutungen einmal durch ein intrauterines Myom, einmal durch einen fibromatösen Uterus mit Adnextumoren und einmal durch Adnextumoren bei gesundem Uterus verursacht.)

42. Doane, Ph. S., Cardiac changes secondary to uterine myomata. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 14. Nr. 1. (Da die Herzerkrankungen auch bei Myomen ohne Blutung vorkommen, können sie nicht Folge der Anämie sein und muss man daher an die Wirkung toxischer Produkte des Myoms auf das Herz denken. Die sekundären Herzveränderungen indizieren die Entfernung der Geschwülste, falls die Herzsymptome nicht zu schwer sind. Grosses Gewicht ist auf schnelles Operieren, gute Narkose und geeignete Nachbehandlung zu legen.)

43. Dorsett, W. B., Uterine Myomata. Personal observations in the study of 140 consecutive operations. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. 1911. Vol. 57. Nr. 26. p. 2049. Ref. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Tome 1. p. 484. (Verf. hat zweimal unerwartet am Operationspräparat maligne Degeneration im Inneren eines Myoms gefunden und will deshalb möglichst operativ vorgehen. Im gebärfähigen Alter Myomotomie; bei von vornherein sterilen Frauen und in der Menopause Hysterektomie. Technik: Nachdem an der einen Seite das Parametrium abgeklemmt ist und die Stümpfe versorgt sind, wird der Uterus unterhalb des inneren Muttermundes amputiert und jetzt an der anderen Seite von unten aus das Parametrium abgeklemmt und durchtrennt. Nach-

dem einmal durch Zurückziehen der Art. ovarica aus der Ligatur eine Patientin an Verblutung gestorben ist, werden jetzt die Stümpfe der Art. ovaricae in das Lig. latum eingenäht. Wenn Verdacht auf Malignität vorliegt, wird nachträglich der Cervixstumpf noch abgetragen. Eventuell Drainage durch den Douglas. 6 Todesfälle. 1 durch Nachblutung, 3 Fälle von Peritonitis, 1 Ileus, 1 Schock. — Neunmal Phlebitis. Die meisten Fälle aber früher während des Gebrauchs des Angiotribe. — Rezidive sind beobachtet. Dorsett schreibt in vier Fällen einen Abort zu an das Vorhandensein von Myomen im Uterus. Nach einer abdominalen Enukleation eines subperitonealen Myoms in der Schwangerschaft 18 Tage später Abort. — Diskussion: A. Goldspohn will prinzipiell bei jeder Hysterektomie die Tuben mit entfernen, bei jungen Frauen wenigstens einen Teil eines Ovariums zurücklassen. J. O. Polak musste bei 12 von 44 myomotomierten Frauen wegen Rezidiv später Hysterektomie vornehmen. Wo ein Ovarium zurückgelassen wird, soll der Blutversorgung wegen auch die Tube, wenn sie gesund ist, zurückbleiben.)

44. Eastmann, The relation of uterine fibromyomata and thyreoide enlargement. New York med. Journ. 1911. Vol. 94. Nr. 2.

45. Ehrendorfer, Demonstration eines grossen, total verkalkten Fundusmyoms mit vollständiger Achsendrehung der Cervix und nachfolgender vorgeschrittener Nekrose des überfaustgrossen Uterus myomatosus. Wissensch. Ärzteges. in Innsbruck. Sitzg. vom 10. Mai. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 33. p. 1275. (65jährige Frau. Seit mehreren Wochen Beschwerden. Laparotomie. Loslösung des allseits mit Eingeweiden und Netz verwachsenen und verkalkten Myoms, nebst supravaginale Amputation des graugrünlich verfärbten, nekrotischen Uterus. Beide Art. uterinae total thrombosiert. Reaktionslose Heilung.)

46. Engström, O., Eigene Erfahrungen in bezug auf Schwangerschaft und Geburt nach ventraler Enukleation intramuraler Uterusmyome. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Ergänzungsheft. p. 39. (Siehe unter „Myom und Schwangerschaft".)

47. Ertl, Demonstration eines inkarzerierten und eines nekrotischen polypösen Myoms. Verein der Ärzte in Oberösterreich. Sitzg. vom 5. Dez. Ref. Wiener klin. Wochenschr. 1913. Nr. 6. p. 239. (Indikation zur Operation des ersten Falles (50jährige Frau) hatte bestanden in der Retentio urinae et alvi. Das im vaginorektalen Raum fixierte von der hinteren Cervixwand ausgehende Myom, füllte fast das ganze kleine Becken aus. Wegen Nachblutung nach fünf Stunden Relaparotomie. Heilung. Im zweiten Falle kam die 50jährige Patientin wegen angeblichen Gebärmuttervorfalles. Abtragung.)

48. Faguet, A propos de l'hystérectomie abdominale subtotale pour fibromes. Journ. des pract. 1910. Nr. 47.

49. Ferguson, J. Haig, Case of fibroid of uterus (showing unusual form of cystic changes), removed by supravaginal hysterectomy. Where severe post-operative haemorrhage occured from a corpus luteum necessitating reopening of the abdomen, and removal of the ovary. Edinb. med. Journ. Vol. 8. Nr. 3.

50. Ferroni, Ancora sulla reazione decuidale negli adenomiomi del tratto genitale. Ann. di ostetr. e gin. 1911. Nr. 7.

51. Fitzgerald, Demonstration of a mucous polypus of the cervix. North of England Obst. and Gyn. Soc. Meeting on 15. March. Ref. the Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 21. Nr. 3. p. 187. (Der Tumor zeigte makroskopisch Ähnlichkeit mit einer malignen Wucherung der Cervix uteri, war aber gutartig.)

52. Flatau, S., Eine Serie von 100 abdominalen Totalexstirpationen bei Uterusmyom ohne Todesfall. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. p. 1220. (Die wichtigsten Punkte des eigenen Verfahrens sind im wesentlichen folgende: Der Abschluss der Bauchhöhle während der Operation geschieht mittels einer sterilen Gazebinde, die 15 cm breit und 10 m lang ist und welche abgewickelt wird, um damit alle Dünndarmschlingen zu bedecken. Es gelingt eine vollkommene „Bipartitio abdominis". Wo pralle Eitersäcke mit Ruptur drohen, wird zur doppelten Sicherung noch eine grosse, mit Oxyzyanatlösung getränkte Serviette auf die Bindenabstopfung gelegt. Nach Zurückpräparieren der Blase und Unterbinden der Artt. uterinae wird die gesamte Tumormasse abgeschnitten, um damit freie Übersicht über den Inhalt des kleinen Beckens zu gewinnen. Isolierte Unterbindung der Genitalgefässe, Vermeidung von Massenligaturen. Ist das Kollum bis auf den Beckenboden frei, so wird mit spitzem Messer. das steil nach unten geführt wird, der supravaginale Stumpf in Form eines Kegels herausgeschnitten. Zwei oder drei Catgutnähte schliessen die schalenförmigen Reste

der Portio und nun wird der ganze peritoneale Schlitz mit enggesetzten Knopfnähten versorgt. — Das Resultat der Röntgenbehandlung soll erst noch über mehrere Jahre abgewartet werden.)
53. Flatau, S., Hundert Totalexstirpationen bei Myoma uteri ohne Todesfall. Verlag S. Karger, Berlin. 92 p.
54. — Gleichzeitiges Vorkommen von Myom, Sarkom und Karzinom im Uterus. Ärztl. Verein in Nürnberg. Sitzg. vom 9. Okt. 1911. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 6. p. 295. (51 jährige Frau, hat nie geboren. Klinische Diagnose lautete auf Myom. Bei der Operation sah der Uterus nekrotisch aus; beim Durchschneiden völlig gleichmässig grauweisse Verfärbung. Sämtliche Kapillaren sind durch Sarkommassen thrombosiert. Schon wenige Wochen nach der Entlassung an Metastasenbildung gestorben.)
55. Fleischmann, K., Befund maligner Veränderungen bei zwei durch abdominelle Totalexstirpation gewonnenen myomatösen Uteris. K. k. Ges. d. Ärzte in Wien. Sitzg. vom 8. Nov. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 47. p. 2598. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 46. p. 1851. (In einem Falle fand man neben intramuralen Myomknoten auch solche in der Uterushöhle. ausserdem Adenokarzinom. Im zweiten Falle noch sarkomatöse Veränderungen in einem polypösen Myom der Gebärmutterhöhle. Beide Frauen im Klimakterium, hatten unregelmässige Blutungen, nach der Menopause. Die Neubildungen bis tief in die Muskularis.)
56. Flesch, M., Submuköses Myom im Fundus uteri. Ärztl. Verein zu Frankfurt a. M. Sitzg. vom 2. Dez. Ref. Berl. klin. Wochenschr. 1913. Nr. 2. p. 140. (Patientin wegen Abortus eingeliefert, Menses zwei Monate sistiert. Durch den geöffneten Muttermund gelangte man in die Uterushöhle, im Fundus sass mit breiter Basis das Myom. Liess sich gut ausschälen, nachdem der Uterus heruntergezogen und vorn gespalten.)
57. Frankenthal, Fibromyomata from the standpoint of the gynecologist and obstetrician. Surg., Gyn. and Obst. 1911. XIII. Nr. 6.
58. Frankl, O., Adenomyoma ligamenti rotundi bei Uterus bicornis unicollis myomatosus. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 12. Dez. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. p. 652. (Vortragender legt an der Hand von Modellen und einer Krankengeschichte dar, welche Relationen zwischen mesonephrischen Tumoren des runden Mutterbandes und Doppelmissbildungen des Uterus bestehen.
59. — Beiträge zur Lehre vom Uterusmyom. Mit besonderer Berücksichtigung der Mukosa und deren Beziehungen zu den Blutungen und Gestationsstörungen. Arch. f. Gyn. Bd. 95. Heft 1. p. 269. (Feststellung einer Nomenklatur im Zusammenhang mit dem Verhalten des Tumors zur Mukosa und Serosa. Bearbeitet sind 228 myomatöse Uteri, wovon 216 nicht gravide (93,05 % Korpusmyome und 6,94 % Cervixmyome) und 22 gravide Uteri. Veränderungen der Form der Korpushöhle durch die Myome. Entstehung von Hämatometra und Hämatosalpinx durch ein den Abfluss des Blutes erschwerendes Myom im unteren Teil der Uterushöhle und Retention des menstruell und pathologisch ergossenen Blutes oberhalb dieser Stelle (zwei Fälle). Beim rein subserösen Myom besteht weder eine Hyperplasie, noch eine Atrophie der Schleimhaut, deren Bild sich durchwegs aus der jeweiligen Phase des Menstrualzyklus erklärt. Bei rein interstitiellen Myomen besteht keine Hyperplasie der Schleimhaut, dagegen sind merkliche Zeichen von beginnender Atrophie oft nicht zu verkennen, auch wenn das Myom noch gar nicht ins Uteruscavum vorragt. Sie wird aber nie total. Oft ist Ödem des Stroma vorhanden. Das interstitielle Myom mit zentrifugalem Wachstum lässt das Drüsenbild unbeeinflusst. Das interstitielle Myom mit zentripetalem Wachstum zeigt nie Hyperplasie der Schleimhaut, dagegen oft ein diesen Zustand vortäuschendes Ödem. In einer erheblichen Zahl von Fällen wird jede Alteration der Schleimhaut vermisst, aber oft sieht man sie doch in einer allmählichen Atrophie verfallen. Über rein submuköse Myome ist die Schleimhaut dünn, drüsenarm oder drüsenlos; die Verlaufsrichtung der Drüsen ist verändert. Sie ist reichlich von Kapillaren durchzogen, deren viele nahezu subepithelial, langgestreckt dahinziehen. Die Knickung der Gefässe an der Grenze zwischen myomfreier Schleimhaut und Mukosa über dem Myom erklärt zur Genüge die Hyperämie der Gefässe. Hyperplasie der Schleimhaut fehlt auch in den ersten Stadien der Tumorbildung. Die letzte Form sind die intramukösen Myome, welche in der Schleimhaut liegen. Plasmazellen sind nur dort nachzuweisen, wo gleichzeitig entzündliche Adnexerkrankungen vorliegen; weder das Ödem, noch die Atrophie der Mukosa bei Myom sind mit entzündlichen Prozessen in Zusammenhang zu bringen. Die Gefässe der Mucosa uteri myomatosi wurden an injizierten Uteri studiert. Das submuköse Myom bringt

eine bedeutende, netzförmig gestaltete, subepitheliale Gefässramifikation zur Entfaltung, deren Entwickelung in der primären Einwirkung des Myoms zur Zeit seiner ersten Anlage auf die darüber liegende Schleimhaut begründet ist. Interstitielle, wohl auch subseröse Myome können ohne Neubildung, ohne pathologische Ausweitung und Verlaufsänderung der Gefässe einhergehen. Zentripetal wachsende Myome können eine mächtige, sinuöse Ausweitung und Neubildung von Schleimhautgefässen mit sich bringen. Der Füllungszustand der Gefässe ist von der jeweiligen Phase des Menstruationszyklus abhängig. Auch spielt dabei das bei Myom an sich alterierte Ovarium („Myomovarium") als den Uterus dauernd hyperämisierendes Zentrum eine Rolle. Die Menstrualerscheinungen an der Mucosa uteri myomatosi verhalten sich wie im normalen Zustande in Übereinstimmung mit dem jeweiligen Zustand der Schleimhaut. Der Eintritt der Menopause erscheint wesentlich hinausgeschoben. Die pathologischen Blutungen können nur durch Hyperämie und Einwirkung tryptischen Fermentes erklärt werden. Beim graviden Uterus mit Myom ist die Gefahr der Adhärenz der Plazenta um so grösser, je näher das Myom der Schleimhaut sitzt. Blutungen in der Gravidität sind selten, da die Gefässe nicht dicht unter der Oberfläche der Decidua verlaufen und das proteolytisch wirksame Ferment fehlt. Die häufigere Sterilität und verringerte Fertilität bei Myomkranken ist teilweise grob mechanisch, teilweise aus der Atrophie der Schleimhaut zu erklären. Die Blutungen beim Cervixmyom haben in Gefässalterationen innerhalb der Cervixmukosa ihre anatomische Grundlage.)

60. Frankl, O., Myomherz. VI. Internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sept. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. p. 1327. (Demonstration sehr schöner, elektrokardiographischer Kurven: ein „Myomherz" gibt es nicht.)

61. Freund, H., Uterusmyom mit Karzinom. Unterelsäss. Ärzteverein. Sitzg. vom 2. März. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 32. p. 1525. (Fall von Kollumkrebs neben Korpusmyomen (43 jährige Frau) und Fall von sarkomatöser Degeneration eines Myoms (46 jährige Frau; steril). Höchst profuse, fast andauernde Blutungen seit drei Monaten. Freund hat in 5,2 % unter 500 operierten Myomfällen die Komplikation mit Karzinom resp. Sarkom gefunden. Im zweiten Falle waren die Lig. lata so kurz und derb, dass sich der Uterus durchaus nicht elevieren und nur mit grosser Mühe in der Höhe des Os internum umschneiden liess. Es blieb daher nichts anderes übrig, als zunächst eine supravaginale Uterusamputation vorzunehmen. Verf. empfiehlt für ähnliche Fälle dieses Vorgehen als Methode: erst Abtragen des Korpus, dann isoliertes Auslösen des Kollums.)

62. Freund, H., Resektion der Funduskuppe samt einem in ihr sitzenden halbfaustgrossen Myoma intramurale ohne Eröffnung der Uterushöhle. Unterelsäss. Ärzteverein. Sitzg. vom 2. März. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 32. p. 1525. (Kasuistisch. Ein Fall. Demonstration.)

63. — Demonstration eines Uterus duplex unicollis bicornis. Oberrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 23. April. Ref. Hegars Beitr. Bd. 17. p. 125. (Kasuistisch. Genau im Fundus zwischen beiden Hörnern sitzt ein pflaumengrosses Myom. Pyometra auf Grund von Karzinom der Korpusschleimhaut.)

64. Glöckler, C., Über das Vorkommen der Myome mit Bezug auf Personenstand und Alter. Diss. Strassburg. Juni. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 40. p. 2188. (Myome des Uterus sollen relativ häufig bei Nulliparen vorkommen. Die Symptome, die ein Myom macht, treten durchweg nur in der menstruellen Lebensperiode auf. Bei mehr als der Hälfte aller Myomkranken fallen sie in das Alter von 30—50 Jahren. Im Alter von 20—40 Jahren sind die Ledigen relativ bevorzugt. Die Myomkranken weisen im ganzen einen früheren Menstruationsbeginn auf, als die normale weibliche Bevölkerung. Myomatöse Frauen weisen eine geringere Fertilitätsziffer auf, als die Gesamtbevölkerung. Das Myom bevorzugt die sozial besser gestellten Frauen. Den Untersuchungen liegt das Myommaterial der Strassburger Frauenklinik aus den Jahren 1900—1910 zugrunde, im ganzen 639 Fälle.)

65. Goldstein, K., Akromegalie nach Totalexstirpation des Uterus wegen Myom. Verein f. wissensch. Heilk. zu Königsberg i. Pr. Sitzg. vom 28. Okt. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 48. p. 2295. (48 jährige Frau, deren Genitalien vor neun Jahren total exstirpiert wurden. Goldstein bringt die Akromegalie mit Veränderungen der Hypophyse in wahrscheinlichen Zusammenhang; die Krankheit trat erst bei Ausschaltung des Genitalapparates in Erscheinung.)

66. Gottschalk, S., Myomenukleation. Diskussionsbemerkung in der Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 10. Mai. (Siehe unter „Myom und Schwangerschaft".)

67. Goullioud, Ein Fall von Ligatur der Hypogastricae wegen Uterusfibrom, Spätresultat. Revue mensuelle de gyn., d'obst. et de péd. 1911. Déc. Lyon méd. 1911. Nr. 40. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 485. Nr. 18. p. 589. (Vor 11 Jahren bei einer 28jährigen Frau wegen eines bis an den Nabel reichenden Myoms die Unterbindung der beiden Hypogastricae vorgenommen. Nach einem Jahre Tumor gleiche Grösse, aber die Blutungen normal. Nach 11 Jahren das Fibrom etwas gewachsen, die menstruellen Blutungen in den letzten Jahren wieder stärker. Supravaginale Uterusamputation. In der Mitte der Tumormasse eine kleinorangegrosse Höhle mit käsigem Brei. Verf. glaubt, dass dies der alte Haupttumor gewesen ist, der der Nekrobiose anheimgefallen. Der beabsichtigte Erfolg wäre somit eingetreten. Diese Höhlen bieten jedoch die Gefahr, dass sie infiziert und der Herd einer Allgemeininfektion werden. Man sollte daher auf Hypogastrikaunterbindung verzichten, schon deshalb, weil der Einfluss auf das Wachstum der Fibrome ein recht geringer.)
68. — Wiederanwachsen einer Ovarialzyste und eines Uterusfibroms, nach Abtrennung von ihrem Ursprungsorte. Lyon méd. Nr. 30. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 6. p. 219. (Patientin von 39 Jahren; vor einigen Jahren heftige Schmerzattacken, seitdem stets empfindlicher Unterleib. Operation: Fibrom, den hinteren Beckenraum ausfüllend; Amputatio uteri subtotalis mit fast drei Pfund schwerem Fibrom; ausserdem aber noch ein zweites Myom von der Grösse eines Strausseneies, vollständig isoliert, zwischen dem Mesenterium einer Dünndarmschlinge und dem der Flexura sigm. festgewachsen, 175 g schwer. Am Uterus 3—4 kleine, pendelnde Fibrömchen mit nur zwirnfadendünnen Stielen. Am Fundus uteri eine kleine, höckerige Stelle, vielleicht der frühere Ansatzpunkt des abgewanderten Uterusfibroms, dessen Natur als solches histologisch festgestellt wurde.)
69. Hart, C., Histologisch benigne Metastasen vom Bau eines Adenomyoms 22 Jahre nach Exstirpation eines Tumors der Genitalien. Frankf. Zeitschr. f. Path. Bd. 10. Heft 1. (71jährige Frau. Die Lungen von zahlreichen subpleuralen, ausschälbaren, erbsen- bis kleinkirschgrossen Geschwulstknoten, von derber Konsistenz und weisser Farbe, auf der Schnittfläche kleine Zystchen. Mikroskopisch das Bild eines Leiomyoms mit drüsigen Epithelschläuchen. Anamnestisch ergab sich, dass der Frau vor 22 Jahren eine Geschwulst der Gebärmutter entfernt wurde. Hart nimmt an, dass damals ein Adenomyom des Uterus bestand, das trotz seiner histologischen Gutartigkeit durch Einbruch in die Blutbahn zu Metastasen Anlass gab.)
69a. Hartmann, Ein supravaginal amputierter Uterus mit vielen kleinen submukösen Fibromen. (Demonstration.) Ges. f. Gyn. u. Obst. 7. Febr. 1912. Ref. Ugeskrift for Laeger. p. 1592. (O. Horn.)
69b. — Uterus, supravaginal amputiert wegen Blutung von einem Polypstiel. (Demonstration.) Ges. f. Gyn. u. Obst. 7. Fbr. Ref. Ugeskrift for Laeger. p. 1591—92. (O. Horn.)
70. Havestedt, A., Ein Fall von Adenomyom der Cervix uteri. Diss. Erlangen. April.
71. Heimann, F., Zur Genese der Myome. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 71. Heft 3. p. 641. (Erwiderung auf Klages Arbeit [s. Nr. 85].)
72. Heising, J., Über Nekrose und Verkalkung in Fibromen. Diss. Heidelberg.
73. Henkel, M., Demonstration zweier Myome. Naturwiss.-med.Ges. zu Jena. Sitzg. vom 28. Juli. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 42. p. 2312. (Das erste ist innerhalb der letzten zwei Jahre exzessiv gewachsen, wahrscheinlich infolge ausgedehnter Netzadhäsionen. Supravaginale Amputation mit partieller Resektion des Netzes. Das zweite sass der vorderen Cervixwand an und hat die Blase hochgedrängt; ebenfalls auffallend starke Vergrösserung während der letzten fünf Monate. Abdominale Totalexstirpation; beide Adnexe waren chronisch entzündlich verändert.)
74. Hertel, W., Zur malignen Degeneration der Uterusmyome. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 3. p. 325. Ref. Wien. med. Woch. Nr. 52. p. 3395. (Von 1100 Myomfällen gelangten 468 zur Operation. 16 mal maligne Degeneration in der Uterusschleimhaut und 13 mal in den muskulären Elementen. Die sarkomatöse Degeneration der Myome in keinem Falle sicher vor der Operation diagnostiziert, in einigen vermutet. Dem Sitz der sarkomatös entarteten Myome nach handelte es sich meist um submuköse, weniger um interstitielle und nie um subseröse Formen. Wenn nach der Klimax die Geschwulst wächst oder Blutungen macht, Störungen und Beschwerden auftreten, dann besser, zu operieren. Bei den 1100 Myomen fand sich achtmal Carcinoma cervicis; dagegen kommen auf die 469 operierten Myome allein 16 Korpuskarzinome, also im Verhältnis viermal so viel. Bevorzugt ist das Alter zwischen 45 und 55 und über 60 Jahre.)

75. Hoffmann, Jenö, A fibromyoma uteri physiotherapiája. Gyógyászat. Nr. 32. (Für jüngere Frauen mit Myomen die elektrische Behandlung, über 40 Jahre die Röntgenbestrahlung und für hochgradig anämische die Behandlung mit Radium. Die Methoden können auch kombiniert werden. (Temesváry.)

76. Huzarski, Koinzidenz eines Uterusmyoms mit stielgedrehter Ovarialzyste. Gyn. Sitzg. der Warschauer ärztl. Ges. 24. Nov. 1911. Przeglad chir. i gin. Bd. 6. Heft 3. p. 362. (Polnisch.) (Drei Wochen nach Operation Herzattacke und am achten Tage darauf Tod an Embolie.) (v. Neugebauer.)

77. Jaboulay, Evolution de fibromes utérins sous-péritonéaux devenus libres dans la cavité péritonéale. Soc. de méd. de Lyon. Lyon méd. 1911. p. 829.

78. — Fibrome utérin avec vaste cavité sanguine. Lyon méd. Nr. 3. p. 124. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 5. p. 192. (Der Tumor zunächst punktiert und drei Tage später entfernt. Inhalt 10 Liter. Die festen Partien wogen 8 Pfund. Es bestanden Verwachsungen mit Dick- und Dünndarm, welch letzterer in einer Länge von 60 cm reseziert werden musste. Ausgangsstelle war der Fundus uteri.)

79. — Totale Hysterektomie auf abdominalem Wege bei Fibrom des Lig. latum mit Zerreissung der Blase. Lyon méd. Nr. 14. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 5. p. 192. (Blasenriss von 6 cm Länge in querer Richtung, beim Herausschälen des Fibroms. Naht; Drainage der Blase und der Wundhöhle, nach acht Tagen entfernt.)

80. Jaschke, R., Herzstörungen bei Myoma uteri. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 15. Nr. 4. (Sammelreferat. Narkosenschädigungen sind zu vermeiden, Lumbalanästhesie mit dem ungefährlichen Tropakokain. Die Operationstechnik ist von grösster Bedeutung, neben Asepsis, Raschheit des Operierens, isolierte Gefässligatur und Vermeidung jeder unsauberen Blutstillung.)

81. Jellett, H., Blasengangrän bei Retentio urinae infolge Kompression der Urethra durch ein im kleinen Becken eingekeiltes Uterusmyom. Demonstr. Royal Acad. of Med. in Ireland. Febr. 16. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol.21. Nr. 2. p. 123. (Sektionspräparat. Patientin starb an Septikämie.)

82. Jung, Ph., Myom von 12½ Pfund Gewicht. Demonstr. Med. Ges. in Göttingen. Sitzg. vom 4. Juli. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 50. p. 2387. (Durch Totalexstirpation bei einer 51 jährigen Patientin, die seit 1½ Jahren in der Menopause war, gewonnen. Verdrängungserscheinungen des Darms und Zwerchfells. Der Tumor war retroperitoneal entwickelt, konnte ausgelöst werden. Aussichtslosigkeit der Röntgentherapie in solchen Fällen.)

82a. Kaarsberg, Fibroma uteri. Salpingitis chron. dupl. Carcinoma polyposum tubae sin. bei derselben Patientin. Ges. f. Gyn. u. Obst. 8. Nov. 1911. Ref. Ugeskrift for Laeger. p. 1229—30. (O. Horn.)

82b. — Fibroma uteri e. necros. central. Tuberculosis tubae sin. Tumor dermoid. ovarii dextr. Tumor canceros. ovarii sin. bei derselben Patientin. Ges. f. Gyn. u. Obst. 8. Nov. 1911. Ref. Ugeskrift for Laeger. p. 1230. (O. Horn.)

83. Kaiser, W. A., Demonstration von 1. kindskopfgrosses Myom bei einer Virgo von 21 Jahren durch Enukleation entfernt, und 2. übermannskopfgrosses, zystisches Myom, gestielt ausgehend von der vorderen Uteruswand. Gyn. Ges. zu Dresden. Sitzg. vom 18. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25. p. 814.

84. Kamann, K., Uterus duplex mit Myom. Freie Vereinigung mitteldeutsch. Gyn. Sitzg. vom 28. April. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. p. 954. (Zwei Fälle.)

85. Klages, R., Ein Adenomyom in einer Laparotomienarbe nebst Bemerkungen zur Genese dieser Geschwulstbildung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. Heft 3. p. 858. (Die Geschwulst hängt mit einem bleistiftdicken Stiel, der das Peritoneum durchsetzt, mit dem vor einigen Jahren ventrofixierten Uterus zusammen. Verf. schliesst sich der Ansicht Opitz an, dass dieses Adenomyom entzündlichen Ursprungs ist. Er wendet sich gegen Heimann [s. Nr. 72].)

86. v. Klein, K. U., Zystisches Myom. Demonstr. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 23. März. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 32. p. 1522. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 5. p. 657. (Subseröser, gestielter Tumor mit gefässreichen Verwachsungen bei einer 45 jährigen Frau. Supravaginale Uterusamputation.)

87. Kubinyi, P. v., Beiträge zur Frage der sarkomatösen Entartung der Gebärmuttermyome und des Zusammentreffens mit dem Korpuskarzinom, nebst Beschreibung eines Falles von Karzinosarkom des Uterus. Arch. f. Gyn. Bd. 97. Heft 2. p. 237.

(Karzinosarkom. Verf. kommt auf Grund seiner Erwägungen und Untersuchungen u. a. zu den Schlussfolgerungen: das langdauernde Vorhandensein eines submukösen oder intramuralen Myoms im Corpus uteri verursacht bis zu einem gewissen Grade eine Disposition der Schleimhaut zu karzinomatöser Degeneration. Sowohl die sarkomatöse Degeneration als die Assoziation mit dem Karzinom, bedroht die Kranke hauptsächlich im Klimakterium und ist ein Faktor, mit welchem gerechnet werden muss. Sie ist aber selten, infolgedessen haben wir keine Ursache, bei jedem Myom prinzipiell die Operation zu fordern. Unterhalb des 40. Lebensjahres ist die Erhaltung der Menstruation und der Möglichkeit der Konzeption noch wichtig, soll also unser Vorgehen ein möglichst konservatives sein. Die an Myom leidende Kranke soll aber, besonders wenn deren Alter der Zeit des Klimakteriums entspricht, oder dieselbe überschritten hat, unter dauernder ärztlicher Kontrolle gehalten werden. Vor einer Röntgenbehandlung muss jeder Verdacht auf Malignität ausgeschlossen werden. Wo die Gebärmutterhöhle sehr lang oder gewunden, oder durch verschiedene vorspringende Herde buchtig geworden ist, ist der Uterus, auch wenn die Austastung und Probecurettage nichts direkt Malignes nachweisen können, besser zu exstirpieren.)

88. Küstner, O. E., Pseudohermaphroditismus femininus mit Uterusmyom. Gyn. Ges. zu Breslau. Sitzg. vom 26. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26. p. 865. (Wegen eines grossen Abdominaltumors Laparotomie: der Uterus weist eine völlig gleichmässige myomatöse Degeneration seiner Wand auf, stellt eine durch myomatöse Veränderung bewirkte völlig gleichmässige Vergrösserung des Organs dar. Nirgends findet sich normale Uterusmuskulatur. Tuben und Ovarien fast normal. Diskussion: L. Fraenkel meint, es könne sich um Hypertrophie und -plasie des Uterus handeln.)

89. Kynoch, J. A. C., Axial Rotation (Cervical Torsion) of the Myomatous Uterus. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 22. Nr. 1. p. 27. Ref. The Lancet. Vol. 182. Nr. 4635. June 29. p. 1758. (Eingehende Besprechung der Ätiologie und Pathologie der Stieldrehung des schwangeren und nichtschwangeren Uterus im allgemeinen. Stieldrehung des nichtschwangeren Uterus kommt zustande durch Zug eines Ovarialtumors oder gestielten subserösen Myoms, oder auch unter Einfluss der Schwere eines Uteruskörpers mit interstitiellem Myom. Im letzteren Falle findet die Drehung in der verlängerten Cervix uteri selbst statt. Demonstration eines Falles der letztgenannten seltensten Art. Abdominale Uterusamputation im Stiel. Heilung.)

90. Lamers, A. J. M., Die Bedeutung der Hysterotomia vaginalis anterior in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Bd. 5. Heft 1. p. 121. (Nach einer geschichtlichen Übersicht behandelt Verf. die Hyst. vag. ant. als vorbereitende Operation zur vaginalen Enukleation intramuraler und submuköser Myome, zur Diagnosenstellung maligner Veränderungen der Uterushöhle usw. und gibt eine Statistik über die primären und Dauererfolge dieser Operation.)

91. Lecène, P., Nécrobiose, suppuration et gangrène des fibromyomes utérins. Soc. d'obst., de gyn. et de péd. de Paris. Séance du 12 Juin. 1911. Ref. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Tome 1. p. 399. (Erstere kennzeichnet sich durch eine burgunderrote Verfärbung des Myoms, das ringsherum von normalem Uterusgewebe umgeben ist. Es enthält Höhlen, welche mit eiterähnlicher Flüssigkeit gefüllt sind; Keime können darin aber nicht nachgewiesen werden. Mikroskopisch findet man Nekrose ohne Entzündungserscheinungen und Zerreissungen der erweiterten Gefässe als Ursache der roten Verfärbung des Gewebes. Eine Leukozyteninfiltration ist nirgendwo nachzuweisen. Die Ursache der Veränderungen ist dem Verf. unbekannt. Klinisch findet man oft Temperaturerhöhung, welche Lecène an Resorption von Zerfallsprodukten zuschreibt. Der eitrige Zerfall der Myome ist sehr selten. Lecène fand ihn nur einmal in 95 Fällen und konnte in dem Eiter Bact. coli nachweisen. Mikroskopisch ist das Gewebe mit polynukleären Leukozyten überschwemmt. Klinisch findet man die Symptome eines Abszesses: Fieber mit starken Schwankungen, schneller Puls, schlechter Allgemeinzustand. Bei der Gangrän findet eine Infektion auf utero-vaginalem Wege statt. Mikroskopisch findet man abgestorbenes Gewebe, das sich nicht mehr färbt und zahlreiche Keime, aber keine Leukozyteninfiltration. Meist handelt es sich um Mischinfektion.)

92. Legueu, F., Des troubles urinaires provoqués par les fibromes du col utérin. Journ. d'urol. Tome 1. Nr. 1. p. 33. Ref. La Presse méd. Nr. 18. p. 191. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36. p. 1201. (Kasuistischer Beitrag und allgemeine Pathologie dieser Störungen, alle Übergangsformen von Dysurie bis zur vollkommenen Retentio urinae. Die Erklärung zu suchen in 1. Hochziehen und Dehnung der Urethra. 2. Kompression der

Urethra und 3. Fixierung der Blase, wodurch diese sich nicht zusammenziehen kann. Von seiten der Ureteren keine Erklärung.)

93. Leo, A., 12 Pfund schweres Myom, durch abdominale Totalexstirpation bei einer 75jährigen Patientin entfernt. Med. Ges. zu Magdeburg. Sitzg. vom 19. Dez. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1913. Nr. 11. p. 616.

94. Lewin, O., Zur Frage der sarkomatösen Degeneration der Uterusmyome. Samml. von Arbeiten über Geb. u. Gyn. Festschr. f. v. Ott, Teil II. Petersburg 1911. (Russ.) Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24. p. 781. (Bei 49jähriger Frau wurde schon vor 15 bis 20 Jahren Uterusmyom diagnostiziert. Jetzt zystöse Neubildungen auf der vorderen Vaginalwand: Myosarkom. Totalexstirpation mit Scheidenentfernung. Das Myom ist sarkomatös degeneriert. Bald darauf Rezidiv.)

95. Lewis, J. L., Fibroid removed after bisection. Washington Obst. and Gyn. Soc. Meeting of Febr. 9. Ref. Amer. Journ. of Obst. Vol. 66. Nr. 419. p. 835. (Das Myom lag zwischen Blase und Uterus, füllte das ganze Becken aus und um es zu entfernen, musste man das Peritoneum über ihm spalten und den Tumor in zwei Stücken enukleieren. Ähnliche Fälle erwähnen Miller und Sprigg, deren beide Patientinnen an Anurie starben, ohne dass die Ureteren abgeklemmt waren.)

96. Lhez, Rotation axiale et torsion de l'utérus fibromateux. Thèse de Toulouse. 1911. Nr. 968. Ref. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Tome 1. p. 189. (Der Sitz des Fibroms spielt die grösste Rolle bei der Achsendrehung des Uterus. Die anatomischen Folgen sind venöse Stauung, Obliterierung der Uterushöhle, interstitielle Veränderungen, peritoneale Reizungserscheinungen, Verlagerung der Organe in der Umgebung. Verf. beschreibt die klinischen Symptome der akuten, der repetierenden, der chronischen und der latenten Achsendrehung. Die Prognose ist ausschliesslich von der Behandlung abhängig. Letztere kann nur chirurgisch sein und soll bald, oft sogar sofort einsetzen. Nach Umständen Myomektomie oder totale oder subtotale Hysterektomie.)

97. Lomer, F. R. J., Demonstration eines morzellierten Myoms. Geb. Ges. zu Hamburg. Sitzg. vom 23. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. p. 442. (Trotz Laparotomie liess sich das teilweise intraligamentär entwickelte, kindskopfgrosse Myom infolge seines festen Sitzes auf dem Beckenboden erst nach Morcellement entfernen. Disk.: Rose.)

98. — Myomatöser Uterus, dem ein kindskopfgrosses, subseröses, stielgedrehtes Myom aufsitzt, ungeeignet zur Röntgenbestrahlung. Geb. Ges. zu Hamburg. Sitzg. vom 15. Okt. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 3. p. 102. (Siehe unter „Strahlentherapie der Myome".)

99. Mackenrodt, A., Zur Frage der konservativen Myombehandlung. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 26. April. Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. Heft 2. p. 470 u. 503. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 1. p. 23. (Siehe unter „Strahlentherapie der Myome". Besondere Empfehlung der Myomenukleation.)

100. Magenau, Demonstration von Myomen. Stuttgarter ärztl. Verein. Sitzg. vom 1. Febr. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30. p. 1437. (Das erste Myom gehörte der vorderen Uteruswand an, war birnförmig, der untere Pol orangegross und hatte den Muttermund weit entfaltet. Das zweite war verjaucht. Bei der Operation wurde in beiden Parametrien gashaltiges, stinkendes Ödem gefunden. Trotz ausgedehnter Drainage und zunächst günstigem Verlauf rascher septischer Exitus letalis.)

101. Mandl, L., Demonstration eines Myosarkom des Uterus. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 28. Nov. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19. p. 614. (Kasuistisch. mit ausführlichem Bericht über Anamnese, Befund, Operation und histologische Untersuchung des Präparates. Es handelte sich um sarkomatöse Degeneration, ausgehend von den glatten Muskelfasern eines submukösen Myoms. Man sieht die Degeneration aus den Muskelzellen hervorgehen. Verf. schliesst zus den Zahlen von Winter, Garkisch und Fleischmann, dass etwa 4 % aller Myome sarkomatös degenerieren. Die Diagnose des Myosarkoms ist nur zu stellen, wenn der Prozess sehr weit vorgeschritten ist. Betreffs Operation schliesst Mandl sich den Sätzen Winters an.)

102. Marschner, Totalexstirpierter Uterus bei breitbasig aufsitzendem submukösen Myom. Gyn. Ges. zu Dresden. Sitzg. vom 17. Okt. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 4. p. 133. (Kasuistischer Fall, der beweist, wie nötig es ist, den Uterus zur Klarstellung der Diagnose nach genügender Erweiterung des Muttermundes auszutasten.)

103. Martin, E., Der klinische Erfolg von 183 Myomoperationen aus der Bummschen Klinik. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 28. Juli 1911. Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. Heft 1. p. 322. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 540. (Darunter

sind 114 abdominelle Totalexstirpationen, 18 abdominale und 47 vaginale Enukleationen, 1 supravaginale Amputation und 3 Abtragungen verjauchter Myome. Mortalität 2 = 1,09 %. In einer Reihe der abdominalen Enukleationen handelte es sich um Graviditäten. Die Indikationsstellung, ob vaginale oder abdominale Operation, so zu fassen, dass die Geschwülste, welche nicht überfaustgross sind und sich leicht herunterziehen lassen, von unten operiert werden; in allen anderen wird die Bauchhöhle von oben eröffnet. Embolien waren fünfmal, Thrombosen zweimal zu verzeichnen. Bei den abdominalen Operationen ist der Ureter zweimal, die Blase dreimal verletzt worden; in dem einen Falle trat ein spontaner Verschluss des Harnleiters ein, in dem anderen musste wegen aszendierender Pyelitis die betreffende Niere entfernt werden.)

104. **Martin, J.**, Fibrome et prolapsus génital. Réunion obst. et gyn. de Toulouse. Séance de Mars. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 1 Année. Nr. 3. p. 288. (Kasuistik. Operationsbericht. Rezidiv des Prolapses.)

105. **Martin, J. F.**, Fibrom und Carcinoma corporis. Lyon méd. 1911. Nr. 28. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48. p. 1640. (Der Tumor war seit vier Jahren bis Mannskopfgrösse gewachsen. Dabei aber verhältnismässig gutes Allgemeinbefinden. Die Operation wurde erschwert durch Wachstum des Tumors in die hintere Lippe und Entfaltung des Lig. latum. Uterushöhle beträchtlich vergrössert, zeigt im unteren Teil ein handtellergrosses, karzinomatöses Ulcus. Tod am dritten Tage an Sepsis.)

106. — Fibrom und Karzinom des Corpus uteri. Lyon méd. 1911. Nr. 32. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48. p. 1640. (52jährige Frau, die stark menstruierte, blutet seit drei Monaten aus zweifaustgrossem Uterus bei ausgezeichnetem Allgemeinbefinden. Die Operation ergibt ein sehr geräumiges Uterusinnere, ganz von Karzinommassen ausgefüllt.)

107. — Grosses, rapid gewachsenes „rotes Myom". Lyon méd. 1911. Nr. 34. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38. p. 1261. (Innerhalb eines Jahres ist der Tumor bis zum Umfang eines graviden Uterus am Ende der Schwangerschaft gewachsen. Starke Blutungen und allabendliche Temperatursteigerungen. Nach der Entfernung des Tumors hören letztere prompt auf. Die bakteriologische Untersuchung ergibt keine Mikrobenentwickelung, so dass Verf. die infektiöse Natur des Tumors für ausgeschlossen hält. Malignität ist wahrscheinlicher.)

108. — Fibrome et prolapsus génital. Réunion obst. et gyn. de Toulouse. Séance de Mars. Ref. La Gyn. Nr. 5. p. 293. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Nr. 9. p. 131. (50jährige Frau; Urinverhaltung infolge grossen Prolaps mit im Becken eingekeilten Myoms. Es gelingt bei der Laparotomie schwer, ihn aus dem Becken heraus zu ziehen. Supravaginale Uterusamputation, Ventrofixation des Stumpfes und Kolporrhaphie. Zwei Monate später Rezidiv; Portio in der Vulva sichtbar. Exstirpation der Portio und vordere Kolporrhaphie. Heilung.)

109. **Matwejew**, Zur radikalen chirurgischen Behandlung der Uterusfibromyome. Wratsch. Gaz. Nr. 15. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu Kiew. (Ein halbes Jahr nach der supravaginalen Uterusexstirpation [wegen Fibromyoma multiplex] wurde Sarkom des Mutterhalses diagnostiziert. Die Laparotomie erwies, dass der Fall bereits inoperabel ist. Die Komplikation des Fibromyoms durch bösartige Geschwülste ist häufiger, als man gewohnt ist zu denken [fünfmal auf 32 Myome]. Bei der radikalen Operation ist der Hysterectomia totalis per abdomen oder per vaginam der Vorzug zu geben. Die supravaginale Amputation ist nur da auszuführen, wo der Zustand der Patientin möglichst schnelles Operieren erfordert.) (H. Jentter.)

110. **Mazet**, Intraligamentäres Uterusfibrom mit Entfaltung des Mesocolon iliacum und Mesorectum. Lyon méd. Nr. 20. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 5. p. 192. (In der Anamnese keine Blutungen und nur wenig ausgesprochene Kompressionserscheinungen. Die Operation ergab ein gestieltes Fibrom, welches, links hinten vom Uterus ausgehend, zuerst intraligamentär, dann das hintere Blatt des Lig. latum entfaltend, völlig in das Mesokolon und Mesorektum hineingewachsen war, bis tief unter die Douglassche Furche hinunter, das ganze Becken einnehmend. Hysterectomia totalis, Drainage nach der Scheide; Peritonisierung. Schluss des Abdomens.)

111. **Mc Creery**, Strangulation of uterine fibroid by torsion of the pedicule. Med. Record. 1911. Vol. 80. Nr. 14. Sept. 30.

112. **Mériel, E.**, Corps fibreux énucléé d'un fibrome utérin et devenu libre dans la cavité pelvienne. Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse. Séance du 5 Juin. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 7. p. 814. (Sieben bis acht Monate vor der Opera-

tion hat Patientin peritonitische Erscheinungen gehabt und anfallsweise Schmerzen, welche Erscheinungen vorübergegangen sind. Bei der Laparotomie findet sich ein myomatöser Uterus und ein mandarinengrosses Myom isoliert im Douglas, nur mit einem dünnen Adhäsionsstrang mit dem Lig. latum verbunden. Die peritonitischen Erscheinungen werden durch Stieldrehung des subserösen Myoms erklärt mit schliesslicher Abdrehung des Stieles.)

113. Merkel, F., Demonstration: 1. Uterusmyom. 2. Karzinomatöser Polyp des Uterusfundus. Ärztl. Verein zu Nürnberg. Sitzg. vom 15. August. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 51. p. 2842. (1. Patientin war 1/4 Jahr lang mit Röntgenbestrahlung behandelt; wegen Herzstörungen und rapidem Kräfteverfall musste operiert werden. Tumor 8 1/2 Pfund schwer. Heilung. 2. 50jährige Frau; vaginale Totalexstirpation. Heilung.)

114. Messa, Contributo allo studio delle transformazioni (degenerazioni benigni) dei fibromiomi dell' utero. Annali di Ost. e Ginec. Nr. 12. p. 549.

115. Michel, G., Myome rouge encapsulé de l'utérus. Réunion obst. et gyn. de Nancy. Séance du 15 Mai. Ref. La Gyn. Nr. 7. p. 423. (Es handelt sich um ein interstitielles Myom. Symptome waren äusserst heftige Schmerzen und starker Blutverlust, nicht stinkender wässeriger Ausfluss. Mikroskopisch sieht man eine Atrophie der Muskelelemente, Gefässarmut, wodurch die Zirkulation verringert ist. Wenn keine Infektion dazu kommt, können diese Tumoren lange unverändert bestehen bleiben. Diskussion: Vautrin hat öfters diese aseptische Nekrose in Myomen beobachtet. Im Innern entsteht eine Art Erweichung und Verflüssigung des Gewebes, wodurch Intoxikationserscheinungen hervorgerufen werden können. Die Patienten können schliesslich kachektisch aussehen, wie bei Karzinom. Rémy erwähnt einen solchen Fall von Kachexie durch Myom. Die Entfernung desselben heilte die Patientin.)

116. Mintrop, H., Ein Fall von Uterus bicornis unicollis mit Myom, Karzinom des Fundus und Pyometra. Diss. Strassburg. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52. p. 1774. (Verf. glaubt, dass man zur Erklärung des Uterus bicornis nach der Ansicht von Pick annehmen könne, dass das allerdings schon sehr frühzeitig [im zweiten Fetalmonat] gebildete Myom die Annäherung und Vereinigung der Müllerschen Gänge verhindert habe; andererseits könne aber auch die Meinung Robert Meyers zur Erklärung herangezogen werden.)

117. Mischin, W. A., Zur Diagnose, Klinik und patholog. Anatomie gigantischer Geschwülste der weiblichen Genitalorgane. Petersb. Journ. f. Geb. u. Gyn. p. 1629 (Russisca). Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 20. p. 746. (Mischin beschreibt vier Fälle, worunter zwei Fibromyome des Uterus, von je 10 und 26,5 kg schwer. Alte Frauen wurden erfolgreich operiert und gesund entlassen. Besprechung der Diagnose grosser Tumoren. Die sichere Differentioldiagnose zwischen Ovarial- und Uterustumor ist vor der Operation unmöglich. Jedenfalls muss berücksichtigt werden, dass auch Uterustumoren gigantische Masse erreichen können.)

118. Modraix et Declety, Fibrome calcifié de l'utérus. Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris. Janv. p. 54.

119. Mohr, L., Myoma uteri intramurale mit Gangrän des Darmes. Gyn. Ges. zu Breslau. Sitzg. vom 12. Juni. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41. p. 1376. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 3. p. 367. (Zweifaustgrosses Myom und Gangrän eines ca. 50 cm langen Stückes Dünndarm; wahrscheinlich infolge vorübergehender Abklemmung des Dünndarms oder seines Mesenteriums durch das Myom. Peritonitis.)

120. Molkau, L., Über Myomrezidive. Diss. Rostock 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 486. (Das Grundmaterial bilden 230 Myomfälle, welche 1890—1906 in der Rostocker Frauenklinik behandelt wurden. Davon müssen aber zur Berechnung des Rezidivprozentes die nur symptomatisch behandelten, die radikaloperierten und endlich die gestorbenen Frauen abgerechnet werden. Es bleiben dann 130 konservativ Operierte mit 13 = 10% Rezidiven. Diese Zahl ist aber gewiss noch zu klein berechnet, da manche von den Operierten wegen ihres Rezidivs zu einer anderen Klinik gegangen sein mag. Molkau schliesst daraus, dass Myome im allgemeinen radikal zu operieren seien.)

121. Müglich, T. G., Demonstration von zwei hochgradig primär zystisch degenerierten Myomen. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 10. Febr. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 4. p. 527.

122. Müller, J., Demonstration eines kindskopfgrossen, submukösen Myoms, das völlig in die Vagina geboren ist. Verein der Ärzte Wiesbadens. Sitzg. vom 1. Mai. Ref.

Berl. klin. Wochenschr. Nr. 29. p. 1396. (Die Geschwulst ragt mit einem ca. 8 cm im Durchmesser grossen Segment zur Vulva heraus und ist bis auf diesen Teil mit der Scheidenwand unter Gefässneubildung verwachsen.)

123. Murray, H. L., Red Degeneration of Fibroids. North of England Obst. and Gyn. Soc. Meeting on April 19. Ref. The Lancet. Vol. 182. May 4. p. 1201. (Drei Fälle; die Kulturen blieben aerob und anaerob steril. Es war Thrombose im Innern vorhanden. Akute klinische Anzeichen für diese Art der Degeneration gibt es nicht; sie beruht nicht auf Infektion.)

124. Nagel, W., Demonstration eines Falles von mannskopfgrossem Myom, kompliziert mit zwei Ovarialkystomen. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 10. Nov. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. p. 714.

125. — Diskussion zur Röntgenbehandlung in der Gynäkologie. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 10. Mai. Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. Heft 2. p. 498. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 1. p. 27. (Vortragender vergleicht die Bestrahlung mit der Kastration bezw. mit dem klimakterischen Aufhören der Ovarialtätigkeit. Der Erfolg der Kastration kann uns heutzutage nicht mehr befriedigen; die Schrumpfung der Fibrome tritt nur ganz ausnahmsweise ein. Was die Einwirkung des Klimakteriums betrifft, machen sich die Fibrome häufig genug erst gegen diese Jahre hin bemerkbar [zwischen 35 und 48 Jahren; die meisten Operationen werden zwischen dem 28. und 52. Lebensjahre ausgeführt]. Noble fand in einer Statistik von 4880 Myomen keinen einzigen Fall, in welchem ein Fibrom in oder nach der Menopause vollkommen verschwand. Die abdominale und vaginale Enukleation bleibe auf die subserösen bezw. submukösen Einzelmyome beschränkt; die radikale Methode, besonders die vaginale Exstirpation des Uterus, hat eine günstigere Statistik.)

126. Neu, M., und A. Wolff, Experimentelles und Anatomisches zur Frage des sog. „Myomherzens". Münchn. med. Wochenschr. Nr. 2. p. 72. (Neu hat, ausgehend von der Vorstellung, dass vielleicht in dem Schilddrüsenstoffwechsel ein Bindeglied für eine spezifische Beziehung zwischen Herzstörung und Myomatosis gefundenwerden könnte, den Jodstoffwechsel bei Myomatösen studiert. Er fand, dass das Myomgewebe sich nach exogener Einverleibung an der Jodbindung stark beteiligt und das Myomovar eine über den Durchschnittswert reichende Jodmenge enthält, also zirkulierendes Jod zu binden vermag. Hieraus kann auf eine funktionelle Alteration der geprüften Zellkomplexe geschlossen werden. Die Myomatosis und besonders lange bestehende Tumoren äussern sich vielleicht im Sinne der allgemeinen Konsumption, als deren Ausdruck die braune Atrophie des Herzens anzusprechen ist. Wolff machte mikroskopische Studien an sechs Herzen von Myomatösen und kommt zu dem Schluss, dass die Herzen von Patienten mit und ohne toxische prämortale Einflüsse, wie z. B. Peritonitis, in ihren Elementen das Bild darbieten der braunen Atrophie oder der fettigen Degeneration oder beider und der Fragmentatio myocardii. Die Schlussthese der beiden Verf. lautet: Ein spezifisches Myomherz gibt es vorläufig immer noch nicht, sondern nur ein durch Blutung verfettetes, resp. als Tumorfolge braun atrophiertes Herz. An Stelle des vagen Begriffes „Myomherz" kann jetzt schon der zirkumskripte Begriff gesetzt werden des „Anämie- bezw. Geschwulstkonsumptionsherzens bei Myom".)

127. Oógrek, H., Demonstration zweier Uteri mit besonders grossen polypösen Adenomen der Korpusschleimhaut; in dem einen ausserdem noch mehrere kleine, intramurale und subseröse Myome und ein drüsiges, wahrscheinlich auf dem Boden eines Polypen entstandenes Karzinom der Cervix. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 16. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35. p. 1088. (Diskussion: Latzko, Schottlaender.)

128. — Demonstration eines sarkomatös degenerierten Uterusmyoms. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 16. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33. p. 1088.

129. Opitz, E., Behandlung der Myome. Med. Ges. in Giessen. Sitzg. vom 21. Mai. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 46. p. 2197. (Siehe unter „Strahlentherapie der Myome".)

130. Patel, M., Uterusfibrom mit gleichzeitiger Salpingitis und Pelveoperitonitis. Lyon méd. 1911. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38. p. 1261. (An einem über den Nabel reichenden Fibrom wurde bei Ablösung der verwachsenen Flexura sigmoidea eine 1 Liter Eiter enthaltende Tasche eröffnet, die durch Ruptur von Pyosalpingen entstanden war. Uterus und Adnexe wurden entfernt; Heilung.)

131. — Torsion d'un fibrome utérin sous-péritoneal. Hystérectomie totale. Soc. de chir. de Lyon. Séance du 15 Févr. Lyon chir. Tome 7. Nr. 4. p. 476. Ref. La Gyn. Nr. 8.

p. 474. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Nr. 10. p. 269. (Der Tumor sitzt mit einem dicken Stiel der rechten Uteruskante auf und hat sich im Sinne der Uhrzeiger gedreht. Er wird abgetragen; da die Unterbindungen im ödematösen Gewebe des Stieles aber durchschneiden, wird der Uterus exstirpiert. Diskussion: Condamin und Goullioud fanden Myome durch Stieldrehung ganz frei in der Bauchhöhle mit Verwachsungen mit dem Netz.)

132. Péraire, M., Fibrome utérin avec kyste ovarien et hématosalpinx à pédicules tordus. Soc. des chir. de Paris. Séance du 9 Févr. Paris chir. Nr. 2. p. 127. Ref. Arch. mens. d'obst. et de gyn. 1 Année. Nr. 11. p. 430. La Presse méd. Nr. 17. p. 178. (Kasuistisch.)

133. Pichevin, R., Le traitement du fibrome par les agents physiques. La Sem. gynécol. 20. Août. p. 257.

134. Pollosson, A., et Murard, Fibrome et hématosalpinx tordu. Lyon méd. 1911. Nr. 51. p. 1369.

135. Possollo, A., Contribucion ao estudo do fibroma uterino. Archivos Brasileiros di Medicina. 1911. Nr. 1. p. 35. Ref. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Tome 1. p. 490. (Das subseröse Myom des Uterus soll, sobald die Diagnose gestellt ist, durch Operation entfernt werden. Gravidität soll von dem Eingriff nicht zurückhalten. Eventuell soll man den Uterus mit exstirpieren.)

136. Pozzi, S., Des indications et de la technique de l'hystérectomie vaginale dans les corps fibreux de l'utérus. Revue mens. de Gyn., d'Obst. et de Péd. 7 Année. Nr. 9. Sept. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 5. p. 189.

137. Rabère, Fibrome utérin développé aux dépens de la portion latérale gauche du col. Journ. de méd. de Bordeaux. 1911. Nr. 51.

138. Radomsky, Zur Kasuistik intraligamentärer Riesenmyome. Prakt. Wratsch. Nr. 20.

139. Radwanska, Fall von sekundärer Verwachsung eines submukösen, teilweise in vaginam geborenen Myoms mit der vorderen und mit der hinteren Scheidenwand. Przeglad Lekarski. Nr. 7. p. 121. (Polnisch.) (Die festen Verwachsungen mussten mit dem Messer durchschnitten und die Wunden der Vagina dann vernäht werden.)

140. Rieck, C. A., Uterus myomatosus, der den Gedanken eines schwangeren Uterus aufkommen liess. Altonaer ärztl. Verein. Sitzg. vom 28. Febr. (Siehe unter „Myom und Schwangerschaft".)

141. Rinne, F. H., Sarkomatöse Degeneration eines Uterusmyoms. Demonstration Freie Vereinig. d. Chir. Berlins. 13. Nov. 1911. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 8. p. 388. (Siehe unter „Sarkom".)

142. Roblin, Contribution à l'étude des formations adénomyomateuses de l'utérus. Thèse de Bordeaux. Nr. 91. (Genaues Studium der von Resten der Müllerschen und Wolffschen Gänge ausgehenden Geschwülste.)

143. Rosenstein, M., Demonstration: 1. Nekrotisches Myom, 2. Spontangeburt eines nekrotischen Myoms nach Abort, 3. Uterus myomatosus nach vorausgegangener konservativer Myomoperation, 4. Myoma uteri submucosum lymphangiectaticum, 4. Torsion des Uterus myomatosus um die vertikale Achse, 5. Torsion eines Uterus myomatosus um die horizontale Achse und 6. Uterus polyposus. Gyn. Ges. zu Breslau. Sitzg. vom 23. Jan. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 4. p. 507. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 549. (Diskussion: Baumm, Küster, Küstner, Rosenstein.)

144. — Demonstration eines supravaginal amputierten Uterus myomatosus, dessen rechte Adnexe ein Dermoid und ein Cystoma seros. simpl. enthalten. Ungeklärter Befund flüssigen und koagulierten Blutes in der Bauchhöhle. Gyn. Ges. zu Breslau. Sitzg. vom 27. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. p. 754.

145. Rouffart, Myomektomie. Journ. de Bruxelles. Nr. 36. Ref. Deutsche med. Wochenschrift Nr. 38. p. 1805. (Um die Beschwerden der vorzeitigen Menopause zu verhüten, hat man die Transplantation von Ovarien gemacht, nach Rouffarts Erfahrung mit wenig Erfolg. Besser ist die Zweifelsche Methode der Zurücklassung eines Stückes der Korpusschleimhaut.)

146. de Rouville, G. et Guirauden, Myomes rouges de l'utérus. Réunion obst. et gyn. de Montpellier. Séance du 7 Févr. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de Gyn. de Paris. 1 Année. Nr. 2. p. 144. (Kasuistik. Kombiniert mit Schwangerschaft. Siehe „Myom und Schwangerschaft".)

147. Russell, A. Clouston, Uterine fibroid with chronic salpingitis. The Brit. med. Journ. July 6. p. 13. (Krankheitsverlauf und Sektionsbefund. Patientin starb an Angina pectoris.)

148. Sachs, E., Grosse subseröse Myome bei Uterus- und Peritonealtuberkulose, von einer Basedowkranken durch Operation gewonnen. Demonstration. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. 25. Nov. 1911. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 8. p. 389. (Diffuse tuberkulöse Endometritis; die ganze Uterusschleimhaut zerstört. Die Myome nicht tuberkulös.)

149. Sampson, J. A., The blood supply of uterine myomata. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 14. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32. p. 1065. La Gyn. Nr. 6. p. 378. (Durch Injektion von Farbgelatine und für Röntgenstrahlen undurchlässigen Substanzen in die Gefässe, lässt sich ein guter Eindruck gewinnen von der Blutversorgung der Myome, die oft reichlich ist. Die venöse Versorgung ist sehr verschiedenartig, meist sehr spärlich, so dass oft Venen überhaupt nicht nachgewiesen werden konnten. Im letzteren Fall kann das Blut durch die Arterien ein- sowie austreten und der Wechsel findet erst in der Kapsel statt. Manches Myom war so gefässreich, dass es mehr von einem Angiom, wie von einem Myom hatte. Auch wurden nach dieser Methode die Veränderungen in der Gefässversorgung der Myome in verschiedenem Lebensalter und bei den verschiedenen Arten der Degeneration studiert. Die meisten gefässreichen Myome wurden bei relativ jungen Frauen gefunden; bei älteren waren dagegen nicht nur der Uterus, sondern auch die darin befindlichen Myome entschieden gefässärmer. Damit lässt sich das Kleinerwerden und Verschwinden der Myome in höherem Lebensalter erklären. Ödematöse Myome können sehr gefässreich sein; dabei kann die Gefässwand permeabler geworden sein [die Gelatine ist ohne den Farbstoff aus den Gefässen ausgetreten] oder es sind Kontinuitätstrennungen vorhanden [Gelatine plus Farbstoff ausserhalb der Gefässe]. Hyalin degenerierte Stellen sind gefässlos, nur selten haben sie arterielle Blutversorgung; verkalkte Herde wurden von arteriellem Blut versorgt. Bei sarkomatös degenerierten Myomen zeigten sich die Gefässe nicht verändert.)

150. Sampson, J. A., The Influence of Myomata on the Blood Supply of the Uterus with special Reference to abnormal uterine Bleeding, based on the Study of 150 injected Uteri containing these Tumors. Amer. Gyn. Soc. May 28. Ref. The Amer. Journ. of Obst. Vol. 66. Whole Nr. 416. p. 273. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 5. p. 176. (Injektionen siehe Nr. 149. Stereoskopische Röntgenaufnahmen. Der Einfluss der Tumoren auf die Blutzirkulation im Uterus ist interessanter, wie die Blutversorgung der Tumoren selbst. Die Veränderungen der Gefässversorgung des Endometriums durch die Tumoren wird zur Erklärung herangezogen für die Menstruationsabnormitäten, welche diese Tumoren verursachen. Diskussion: Stone.)

151. Sänger, A., Demonstration einer Patientin mit symmetrisch am Kreuzbein aufgetretener Gangrän nach einer Myomoperation (abdominale Uterusexstirpation). Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 11. Mai in Hamburg. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 5. p. 606. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48. p. 1617. (Kein Zusammenhang mit der Operation [Läsion des vorderen Sakralnerven] nachzuweisen. Lumbalanästhesie wurde nicht angewandt. Wahrscheinlich ist sie auf eine beginnende atypische multiple Sklerose zurückzuführen.)

152. Schardt, J., Zur Kasuistik der Myome. Myome und Fertilität. Diss. München. (Nach Schardt scheint die Fertilität auf Kosten der Aborte in sämtlichen Ehen herabgesetzt zu sein; der Sitz der Myome scheint auch grossen Einfluss auf die Fertilität zu haben. Dass das Myom die Fähigkeit zur Konzeption durch die Rückwirkung auf Ovulation und Menstruation begünstigt, scheint auch nicht der Fall zu sein.)

153. Scheunemann, Abdominale Myotomie. Wissensch. Verein der Ärzte zu Stettin. Sitzg. vom 7. Mai. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 29. p. 1396. (Besprechung von sieben Fällen und Demonstration der Präparate.)

154. Schmittmann, P., Über maligne Degeneration der Uterusmyome mit besonderer Berücksichtigung der Kombination von Karzinom mit Myom. Diss. Bonn. (Eine Metaplasie der Myomzellen in Krebselemente existiert nicht; auch eine maligne Entartung durch krebsige Umwandlung der Myome selten. Ebenso metastasenbildende Myome und die sog. malignen Myome nicht häufig. Bei der Kombination von Korpuskarzinom und Myom besteht ein innerer Zusammenhang beider Tumoren. Das Karzinom sitzt selten der Schleimhaut des Myoms auf; ebenso ist die zentrale Krebsentwickelung im Myom nicht häufig. Die karzinomatöse Degeneration der myomatösen Uteri kommt in etwa 1,36 % der Fälle vor. Die sarkomatöse Entartung findet sich in etwa 2—3 %. Die Kombination von Sarkom und Karzinom neben Myom ist selten. Bei Frauen, die dem klimakterischen Alter nahe sind, sollte die

Radikaloperation der supravaginalen Amputation vorgezogen werden. Alle Myomoperierten sollen unter dauernder Kontrolle des Arztes bleiben, um rechtzeitig eine maligne Degeneration zu erkennen. Literatur.)

155. Schneider, K., Unfall und gynäkologische Erkrankungen, insbesondere Myom. Diss. München. März. (Ausführliche Besprechung an Hand der Literatur und eines eigenen Falles von Myom. Die Entstehung eines Myoms auf traumatischer Basis ist nicht erwiesen, doch kann Trauma vielleicht Veranlassung zu schnellerem Wachstum sein. Dementsprechend wurde in dem konkreten Fall entschieden.)

156. Schöpp, Ph., Über Myomenukleation. Diss. Heidelberg. Mai. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 5. p. 532. (Ergebnisse von 60, mit Ausnahme dreier vaginaler, ausschliesslich abdominaler Myomenukleationen. Zwei Patientinnen starben infolge der Operation. Das Dauerresultat bezüglich Beschwerden und Menstrualverhaltens ist gut. Sieben Patientinnen konzipierten seit der Operation; eine machte einen Abort durch und eine eine Intrauteringravidität. Am graviden Uterus wurde dreimal die Enukleation ausgeführt; davon wurde die Schwangerschaft zweimal ausgetragen. Unter 45 nachuntersuchten Fällen traten fünfmal Rezidive ein; diese sollen durch Röntgenstrahlen bekämpft werden. Die abdominale Myomenukleation wird warm empfohlen.)

157. Schottlaender, J., Kurzer Bericht über die während der letzten $3^3/_4$ Jahre beobachteten malignen, blastomatösen Veränderungen der Uterusmyome und myomatöse Uteri in der II. Universitäts-Frauenklinik. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 12. Dez. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. p. 656. (Bei einem Material von 330 Myomen bezw. myomatösen Uteri wurde 11 mal, also in 3,3 % Sarkomentwickelung festgestellt; 10 suspekte Fälle und genuine Sarkome des Uterus sind ausgeschaltet. In 6 % der Fälle liess sich gleichzeitig vorhandenes Karzinom mit Sicherheit konstatieren: Korpuskarzinom in 2,1 %, Karzinom des Kollums in 3,9 %; relativ genommen überwiegt also die Zahl der Korpuskarzinome bei Myomen. Im Gegensatz zu Winter handelte es sich bei der Myosarkomentwickelung vorwiegend um intramurale Myome (fünfmal, gegen dreimal um subseröse). Bezüglich der Genese glaubt Schottlaender zum grössten Teil auf unverbrauchtes, im Myom liegen gebliebenes Keimmaterial als Matrix rekurrieren zu müssen; doch scheint ihm eine Entstehung aus bereits differenzierten Zellen mit Kaufmann durchaus nicht ausgeschlossen. Zweimal wurde gleichzeitig Tuberkulose der Tube und des Uterus, einmal ausserdem der Ovarien gefunden. Einmal sass das maligne Myom an der Hinterwand des entwickelten Hornes bei Uterus bicornis. Überhaupt ist die Hinterwand bevorzugt (siebenmal). Die Erkrankungsbezirke sind in der Mehrzahl der malign umgewandelten Myome nur klein. Diskussion: Fleischmann fand bei 385 Myomen siebenmal sarkomatöse Degeneration und viermal wurde Karzinom des Uteruskörpers neben Myom nachgewiesen. Es wurde nur bei Verdacht auf maligne Degeneration, nicht systematisch untersucht.)

158. Scipiades, Elemér, A szülés és gyermekágy myomás méhoel. Orvosi Hetilap. Gyn. Nr. 4. (Der Einfluss der Geburt auf Myome des Uterus besteht in deren Auflockerung, Abflachung und Wandlung nach aufwärts. Der Einfluss der Myome auf die Geburt macht sich in einer Verzögerung der Eröffnungsperiode und in häufigen Störungen der Nachgeburtsperiode geltend; die Austreibungsperiode wird durch fehlerhafte Einstellung der Frucht, Vorfälle und das Vorliegen der Tumoren gestört oder unmöglich gemacht, je nach Grösse und Lage der Myome. Ist ein Angreifen der Tumoren nötig, ist der abdominale Weg zu wählen: Kaiserschnitt mit Abtragung des subserösen Tumors oder mit Amputation des Fruchthalters. Der Einfluss des Wochenbettes auf das Myom macht sich in dessen Verringerung, manchmal in dessen Nekrose und Infektion geltend. Das Myom seinerseits kann das Wochenbett durch Blutungen post partum, durch verzögernde Rückbildung der Gebärmutter und durch Neigung zu Puerperalinfektionen beeinflussen.) (Temesváry.)

159. Senez, De la métaplasie conjonctive des fibres musculaires lisses étudiée dans le fibrome utérin. Thèse de Montpellier. 1911. Juillet.

160. Sippel, J. H. A., Uterus mit stark hypertrophischer Muskularis, submukösem Kugelmyom der hinteren Korpuswand und doppelseitiger Hämatosalpinx. Auf dem Durchschnitt des Myoms frisch thrombosierte grössere Venen. Ärztl. Verein in Frankfurt a. M. Sitzg. vom 15. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. p. 1247. (Die Thromben sollen entstanden sein ohne jeglichen infektiösen Vorgang, lediglich infolge Behinderung des venösen Rückflusses durch die heftigen und anhaltenden Gebärmutterkontraktionen während der Menses. Sie sind der Anfang der zu Nekrose des Myoms führenden

Zirkulationsstörungen und sollen die Bedeutung des mechanischen Moments für die Thrombenbildung illustrieren. Die Hämatosalpinxsäcke sollen durch Rückstauung des Blutes während der Menses vom Cavum uteri aus entstanden sein. Das Kugelmyom hat den oberen Abschnitt des Cavum uteri wie ein Kugelventil abgeschlossen, so dass bei den heftigen Uteruskontraktionen das Blut nicht hinabfliessen konnte und in die Tuben gepresst wurde. Die Annahme, dass die Hämatosalpinxsäcke durch menstruelle Blutausscheidung der Tubenmukosa selbst entstünde, zweifelt Sippel stark an. Er hat bei drei im Menstruationsalter vaginal mit Erhaltung der Ovarien ausgeführten Uterusexstirpationen die Tuben im Scheidengewölbe mit nach der Scheide offenem Lumen einheilen sehen, ohne dass jemals eine menstruelle Ausscheidung aus diesen Tuben erfolgt wäre.)

161. Siredey, M. A. et Petit, Importance du diagnostic précoce du cancer utérin. Soc. méd. des Hôpitaux. 29 Mars. Ref. La Presse méd. Nr. 27. p. 273. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 26. p. 1257. (Demonstration von zwei durch Operation gewonnener myomatöser Uteri mit zirkumskriptem Karzinom des Korpus. Beide hätten einfache Myome vortäuschen können.)

162. Smyly, W., A case of Myoma undergoing Sarcomatous Degeneration. Royal Acad. of Med. in Ireland. Sect. of Obst. Meeting on Jan. 5. Ref. The Lancet. Vol. 182. Jan. 27. p. 231. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 21. Nr. 1. p. 63. (Empfiehlt die frühe Operation, wenn möglich Myomektomie mit Erhaltung des Uterus. Diskussion: A. J. Smith, Jellett, Solomons; sahen alle wiederholt Schwangerschaft nach Myomektomie.)

163. Solowij, A., Drei Fälle von Myomotomie mit Betonung der diagnostischen Schwierigkeiten. Lemberger Ärztl. Ges. am 26. Jan. Lwowski Tygodnik Lekarski. Nr. 8. p. 119. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)

164. Stade, W., Demonstration eines Zystadenomyoms. Ärztl. Verein zu Essen-Ruhr. Sitzg. vom 5. Nov. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 49. p. 2338. (In Höhe des inneren Muttermundes inseriert ein nach hinten gelegener, der Form und Grösse eines normalen Uterus entsprechender Tumor, der mehrere mit etwas trüber, fadenziehender Flüssigkeit ausgefüllte, schleimhautausgekleidete zystische Hohlräume enthält. Die Zysten sind in derbes Bindegewebe eingelagert. Der Tumor dürfte aus Resten des Müllerschen Ganges entstanden sein. Indikation zur Operation waren die dauernd starken Blutungen.)

165. Stein, Two unusual cases of uterine myomata. New York med. Journ. Nr. 3.

166. Stöckel, W., Ein Fall von Uterus myomatosus mit mannskopfgrossem Magenkarzinom. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. Sitz. v. 9. Nov. zu Hannovtr. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1913. Bd. 37. Nr. 5. p. 690. (Kasuistisch. Die Diagnose wurde mit Wahrscheinlichkeit auf Ovarialkarzinom vielleicht mit Myom gestellt, weil zugleich ein Magenkarzinom vorhanden war. Nach Eröffnung der Bauchhöhle erwies es sich, dass die Tumoren im Becken lediglich aus Myomen bestanden und dass die Totalexstirpation rasch durchgeführt werden konnte. Da auch eine radikale Entfernung des Magenkarzinoms technisch nicht völlig unmöglich erschien, Magenresektion nach der Methode Billroth I, die ohne Komplikation gelang. Rekonvaleszenz in den ersten 4 Tagen gut, dann plötzlicher Kollaps. Bei der Relaparotomie fand sich eine Perforation des Magens oberhalb der Implantationsstelle des Duodenums, offenbar infolge von einer Stenosierung an dieser Stelle. Exitus.)

167. Strassmann, P., Diskussion zur Röntgenbehandlung in der Gynäkologie. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 10. Mai. Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. Heft 2. p. 496. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 1. p. 26. (Vortragender hat in 11 % von 295 indizierten Myomoperationen Komplikationen gesehen, die kein Röntgenstrahl hätte wegbringen können. (Folgt die Aufzählung derselben.) Ob man radikal oder konservativ bei Myomoperationen verfahren soll, hängt wesentlich davon ab, welchen Zweck der Uterus noch hat. Vortragender enukleiert mit nachfolgender Drainage vom hinteren und vorderen Scheidengewölbe aus. In einzelnen Fällen (nicht 5 %) ist Schwangerschaft eingetreten. Zur Besserung der Resultate bei Radikaloperation, insbesondere auch von der Scheide her, soll man den Gefässbogen, welche an der Uteruskante zwischen Uterina und Ovarien verläuft, möglichst nicht verletzen. Dann ist die Ernährungsstörung im Lig. latum und die Thrombenbildung keine so grosse. Auch für Nachblutungen wird ein Unterschied zugunsten dieses Vorgehens sich zeigen. Bei der Versorgung des Myombettes ist es sehr wichtig, möglichst in dieses in keiner Weise einzugehen, es mit nichts zu berühren und sorgfältigst zu vernähen, eventuell

mit Lembertschen Serosanähten. In den letzten zwei Jahren hat Vortragender 4 % Todesfälle bei den abdominalen Myomoperationen. Die Mortalität der vaginalen Operationsmethode ist bei radikalem Vorgehen 2 von 218 Fällen, bei der Enukleation 3 von 68.)

168. Torggler, F., Demonstration eines Cervixmyoms. Verein der Ärzte Kärntens. Sitzg. vom 4. März. Ref. Die Heilkunde. Nr. 9. (Kasuistisch. Torggler verfügt jetzt über 10 Fälle. Bei diesem beide Eileiter und Ovarien ohne pathologische Veränderungen.)

169. — Fibromata uteri mit (primärer?) Uterotubartuberkulose. Verein der Ärzte Kärntens. Sitzg. vom 1. April. Ref. Die Heilk. Nr. 10. (25jährige Nullipara. Vertikale Achsendrehung des Uterus durch die Vergrösserung des queren Durchmessers infolge der grossen Myomknollen der linken und rechten Uteruskante. Supravaginale Amputation. Linksseitige Pyosalpinx, die Schleimhaut stark gewulstet, grauweiss, teils rötlichgrau, besonders auf den Faltenkämmen zahlreiche graugelbe Knötchen. Auch die rechte Tube zeigt eine derbe Verdickung und blutigen Inhalt. Die Diagnose auf Tuberkulose der Eileiter wird durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt. Ausserdem wurden mikroskopisch auch in den Gebärmutterschleimhautzellen Tuberkel gefunden. In den Ovarien keine Tuberkelbazillen. In der Literatur fünf Fälle.)

170. — Multiple Myome der Vagina. Verein der Ärzte Kärntens. Sitzg. vom 6. Mai. Ref. Die Heilk. Nr. 13. (Von der Harnröhrenöffnung bis zum ersten Drittel der vorderen Vaginalwand fand sich ein Konglomerat von 5—6 mässig harten Knollen, bis Daumengrösse. Ein Zusammenhang mit dem Uterus ist ganz sicher auszuschliessen.)

171. Torimaru, Über Stieltorsion von Myom. Diss. München. (Kasuistik und Literatur über Stieltorsion von Myomen aus der Klinik von Amann.)

172. Trotabas, M., De la nécrose et de l'infection larvée dans les myomes interstitiels de l'utérus. Thèse de Lyon 1911. Nr. 37. Ref. Revue de Gyn. et de Chir. abd. Tome 18. Nr. 5. p. 544. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Tome 1. p. 83. (Bericht über 16 Fälle, in denen sich nach Operation herausstellte, dass ein nekrotisches Zentrum vorhanden war, infolge Ernährungsstörung des Myoms durch Gefässveränderungen. Es gibt auch eine septische Nekrose, bei der aber freier Eiter selten ist. Menopause, Schwangerschaft, Abort, alle entzündlichen Veränderungen des Uterus prädisponieren zur sekundären Infektion der Myome. Klinisch beobachtet man bei der aseptischen Gangrän nur leichte Allgemeinerscheinungen, bei der septischen Allgemeinstörungen und solche von seiten des Darmkanals und der Lungen, mit Temperaturerhöhung, die eine Lungentuberkulose vortäuschen können. Die Symptome von seiten des Tumors können gering sein. Spontaner Ausgang in Perforation nach der Uterushöhle oder Kachexie. Einzige Behandlung Hysterektomie.)

173. Viannay, C. et Maurin, Fibromyome d'un utérus double; castration abdominale totale. Loire méd. Nr. 3. p. 102.

174. Vineberg, H. N., Streptococcemia due probably to streptococcic invasion of a submucous fibroid. Transact. of the New York Obst. Soc. Amer. Journ. of Obst. Vol. 66. Nr. 417. p. 375. (56jährige, seit 30 Jahren steril verheiratete Frau, von der bekannt war, dass sie Myome im Uterus, sowie ein Cholesteatom des rechten Ohres habe. Plötzliche Erkrankung unter den Erscheinungen einer akuten Allgemeininfektion. Die Differentialdiagnose, ob es sich um eine vom Genitalapparat ausgehende oder mit einer Mittelohrentzündung oder Sinusthrombose zusammenhängende Erkrankung handelt, ist äusserst schwierig. Aus dem Ausfluss der Patientin und dem Aussehen eines aus dem Zervikalkanal heraushängenden Uteruspolypen wird auf den Uterus als Herd der Erkrankung geschlossen und sofort zur Hysterotomie gegriffen. Nach nun vorübergehendem Temperaturabfall wieder Steigerung und zwei Tage nach der Operation werden Streptokokken im Blut nachgewiesen. Man denkt wieder an die Mittelohrerkrankung als Ursache der Sepsis und Aufmeisselung des Mastoids. Patientin überlebt die Operation nur wenige Stunden. Sektion verweigert. Mikroskopisch wurden der zervikale Myomknoten, sowie die Wand des Uterus in dessen Nähe und die thrombosierten Venen des rechten Parametriums von Streptokokken durchsetzt gefunden. Am wahrscheinlichsten die Infektion des Myoms das Primäre der Erkrankung. Der Fall entspricht der „Red degeneration" der Engländer und Franzosen. Erwähnung ähnlicher Fälle von Sitzenfrey, Smith und Shaw, Sutton und Ward.)

175. — Postabortive septic Fibroid Tumor of the Uterus. New York Acad. of Med. Febr. 23. (Siehe unter „Myom und Schwangerschaft".)

176. Warnekros, Zwei Sarkomrezidive, nachdem der Uterus wegen myomatöser Veränderung exstirpiert worden war. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 23. Febr.

Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 71. Heft 2. p. 664. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47. p. 1581. (Beide Male Diagnose Myosarkom erst nach der Operation gestellt. Im ersten Fall handelt es sich vielleicht um eine Impfmetastase in der vorderen Bauchwand; im zweiten Fall hat sich nach supravaginaler Korpusamputation das Rezidiv sekundär auf dem Cervixstumpf entwickelt. Diskussion: Bumm hat unter 200 Fällen viermal nach der Totalexstirpation wegen Myom sarkomatöse Rezidive erlebt. Auch die beginnendsten Sarkome machen schon Rezidive. Diese Frage ist eine besonders wichtige in Anbetracht der modernen Bestrahlungstherapie. Orthmann hat zwei ähnliche Fälle erlebt. Robert Meyer spricht nicht gerne von sarkomatöser „Degeneration" der Myome. Er nimmt an, dass in dem Myom aus irgend welchen lokalen Gründen einzelne Zellpartien nicht mit zu fertigen Muskelzellen ausreifen, sondern auf einem indifferenten Zellstadium stehen bleiben. Diese indifferenten Zellherde können nach jahrelangem Bestande oder selbst jahrzehntelangem Bestande eines Tages das Myom in Sarkom verwandeln. Mackenrodt hat keine Sarkomrezidive nach Myomoperationen gesehen.)

177. Warnekros, Über die Häufigkeit sarkomatöser Veränderungen in Myomen. Arch. f. Gyn. Bd. 97. Heft 2. p. 292. (Weist auf den wichtigen Punkt hin, dass die Probeabrasio, die vor Einleitung jeder Röntgentherapie von verschiedenen Seiten gefordert wird, immer nur über eine eventuell karzinomatöse Erkrankung der Uterusschleimhaut oder der Portio Aufschluss geben kann, niemals jedoch imstande ist, eine sarkomatöse Veränderung innerhalb des Myomknotens erkennen zu lassen. Anamnese und objektiver Befund liefern keine irgendwelche spezifischen Anhaltspunkte; nur eine erneute Blutungsperiode, nachdem die Menopause schon eingesetzt hatte, muss als suspekt für den malignen Charakter der Geschwulst angesehen werden. Die Prozentzahl der mit Sarkom kombiniert gefundenen Myome ist wohl infolge einer mehr systematisch durchgeführten Untersuchung dauernd im Steigen begriffen; sie muss zurzeit auf 4—5 % angenommen werden. Auch das sich im allerersten Anfangsstadium befindende Sarkom ist imstande, Metastasen zu bilden (zwei eigene Fälle). Bumm hat unter 200 Myomfällen seiner Privatpraxis trotz Radikaloperation viermal Sarkomrezidive beobachtet (Krankengeschichten). Unter den letzten 78 Myomen fanden sich siebenmal sarkomatöse Veränderungen, also in 10 % der Fälle (Krankengeschichten). Diese Untersuchungen zwingen dazu, ausserordentlich vorsichtig in der Auswahl der Fälle für die Röntgenbehandlung zu sein.)

178. Weiss, Myomectomie abdominale. Soc. de méd. de Nancy. Séance du 13 Mars. Revue méd. de l'Est. Mai.

179. Werner, F., Myosarkome. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 22. März. Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. Heft 1. p. 197. (Demonstration von sieben Präparaten, gewonnen von 70 Myomoperationen.)

180. — Die letzten 50 in der Universitäts-Frauenklinik operierten Myome. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 28. Juli 1911. Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. Heft 1. p. 314. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 539. (Demonstration von Operationspräparaten. Von 50 sind drei intraligamentäre Myome, zwei retrouterine, ausgehend oberhalb des inneren Muttermundes. Von Fundusmyomen wichtig, dass sie häufig solitär vorkommen; Enukleation gibt ein gutes Resultat. Ferner werden Kugel- und Perlmyome demonstriert. Diffuse Myome bleiben klein, entwickeln sich gewöhnlich in der hinteren Wand des Uterus und unterscheiden sich von dem metritischen Uterus dadurch, dass sie nur eine partielle Hypertrophie des Uterus darstellen. Erreichen die diffusen Myome ein grösseres Wachstum, so grenzen sie sich ab. Hohlräume können sich bilden aus Gefässen oder aus Drüsen. Weiter Präparate, bei denen multiple Myome sich nach der Uterushöhle vorwölben, so dass es unmöglich, den Uteruskanal zu sondieren. Entwickelt sich ein Myom direkt unter einer Tubenecke, so kann die Tube ausgezogen und der Eindruck hervorgerufen werden, als handle es sich um Uterus duplex. Ein erbsengrosses Myom im Lig. ovarii propr. dext. soll etwas sehr Seltenes sein. Wenn man den myomatösen Uterus in Retroflexio findet, braucht dies nicht durch die Myome bedingt zu sein. Vortr. zeigt Präparate, in denen eine extreme Anteflexion bestand, trotzdem der Uterus von mehreren Myomen durchsetzt war. Die Veränderungen, die ein Uterus durch ein Myom erfährt, kann man vergleichen mit denen der Gravidität; daher die Differentialdiagnose oft schwer. Unter den 50 war kein Fall von Myom und Gravidität vorhanden. Selten sollen auch Kollummyome sein; Vortr. zeigt ein Präparat. Dann mehrere Fälle von Myomnekrose; auch Verkalkung, schleimige und hyaline Degeneration. Von

sarkomatös degenerierten Myomen zeigt Vortr. eine ganze Schüssel voll. Treten bei zystischen Myomen gefässhaltige Räume auf, so handelt es sich wohl um maligne, sarkomatöse Degeneration. Die karzinomatöse Degeneration dürfte nur dort vorkommen, wo Epithelelemente vorhanden sind, die dann karzinomatös degenerieren. Nicht allzu selten beobachtet man die Schleimhaut in myomatösen Uteri in karzinomatöser Wucherung. Es handelt sich in diesen Fällen um ein Adenokarzinom der Schleimhaut eines myomatösen Uterus. Vortr. ist überrascht über das häufige Vorkommen von degenerierten Myomen. Diskussion: Gottschalk gibt für die meisten Fälle zu, dass bei Komplikation von Myom und Retroflexio uteri die letztere stets schon vor Bildung des Myoms bestanden habe. Er hat aber einen Fall beobachtet, wo nach Wegnahme des intramural-subserös in der hinteren Korpuswand gelegenen solitären Myoms der retroflektiert gelagerte Uterus dauernd von selbst in der normalen Lage blieb, ohne fixiert zu werden. Bei den intraligamentären, vielfach solitären Myomen soll man sich möglichst auf die Ausschälung beschränken. Ferner erwähnt Gottschalk den Fall einer 78jährigen Dame, wo die Decke des submukösen solitären Myoms, die meist atrophisch ist, isoliert karzinomatös degeneriert war.)

181. Whiteford, C. H., A large mass of uterine mucous polypi associated with myomata. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 22. Nr. 6. Dec. p. 358. (Kasuistisch.)

182. Wiesinger, Frigyes, 12 esztendö alatt végzett myomamütétek. Budapesti Orvosi Ujság. Szülészet és Nögyógyászat. Nr. 2. (Bericht über das 12jährige Myom-Material der Budapester Hebammenschule: 50 konservative Operationen, 21 vaginale und 95 abdominale Radikaloperationen.) (Temesváry.)

183. v. Winiwarter, A. F. Ritter, Eine seltene Form eines Karzinoms in einem fibromuskulären Korpuspolypen. Arch. f. Gyn. Bd. 98. p. 1. (Siehe „Karzinom“.

184. Wolff, A., Cholesterin in durch Koagulationsnekrose zerstörtem Uterusmyome. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 19. Mai. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 3. p. 353. (In dem ungefähr walnussgrossen Herd findet sich massenhaft Cholesterin, daneben amorphe Kalkmassen und vereinzelte Fetttröpfchen. Irgend ein Anhalt für ein primäres Adenomyom hat sich nicht finden lassen.)

185. Young, S. J., Uterine Fibromata. Journ. Indiana State Med. Assoc. 1911. IV. p. 505. Ref. Amer. Journ. of Obst. Vol. 65. Nr. 411. p. 504. (Empfiehlt operative Behandlung, da angeblich 12 bis 15 % der nicht operierten Fälle infolge Degeneration und Komplikationen des Tumors sterben.)

186. Zöllner, H., Therapie der Myome. Allgemeiner ärztl. Verein zu Köln. Sitzg. vom 17. Juli. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 38. p. 2081. (Siehe „Strahlentherapie der Myome“.)

Frankl (59) hat 228 myomatöse Uteri bearbeitet und dabei besonders auf die Mukosa und deren Beziehungen zu den Blutungen und Gestationsstörungen geachtet. Er stellt eine Nomenklatur fest in Zusammenhang mit dem Verhalten des Tumors zur Mukosa und Serosa. Dabei werden interstitielle Myome mit zentrifugalem Wachstum von solchen mit zentripetalem Wachstum unterschieden, sowie auch rein submuköse von intramukösen. Verf. nimmt auch ein „Myomovarium“ an. Die pathologischen Blutungen werden durch Hyperämie und Einwirkung eines tryptischen Fermentes erklärt. Die häufigere Sterilität und verringerte Fertilität bei Myomkranken kann durch grobmechanische Veränderungen, wie durch Atrophie der Schleimhaut bedingt sein.

Auch Werner (179) liefert Beiträge zur Kenntnis der Myome durch die Untersuchung der letzten 50 operierten derartigen Tumoren, jedoch beschränkte er sich mehr auf das Studium des makroskopischen Äusseren. Eine ähnliche Arbeit liefert Debar (36) über 53 Fälle der Klinik zu Montpellier.

Glöckler (64) hat das Resultat seiner Untersuchungen über das Vorkommen der Myome mit bezug auf Personenstand und Alter an einem Material von 639 Fällen niedergelegt. Dasselbe tat Schneider (155) mit seiner Bearbeitung des Themas „Zusammenhang zwischen Unfall und gynäkologischen Erkrankungen, insbesondere Myom“. Die Entstehung eines Myom auf traumatischer Basis ist nicht erwiesen, doch kann letztere vielleicht Veranlassung zu schnellerem Wachstum sein.

Über das Vorkommen einzelner besonderer Formen der Myome sind wieder unzählige kasuistische Arbeiten erschienen. So wurden gestielte subseröse Myome des Fundus uteri beschrieben von Albertin (2), Carret (29), Kaiser (83), v. Klein (86), Lomer (98),

Patel (131). Oft lagen diese Tumoren schon isoliert in der Bauchhöhle und in den meisten Fällen waren dann in der Anamnese Anhaltspunkte für die vorangegangene Stieldrehung und Abschnürung aufzufinden [Goullioud (68), Jaboulay (77), Meriel (112)]. In anderen Fällen war die Ablösung vom Stiel nicht erfolgt, sondern der Tumor nekrotisch geworden [Bonamy (18), Mc Creery (111)]; oft war er zystisch degeneriert [Albertin (2), Kaiser (83), v. Klein (86)]. Primäre zystische Degeneration von Myomen wurde von Ferguson (49), Müglich (121), Rosenstein (143; Myoma submucosum lymphangiectaticum) Stade (164) u. a. gefunden. Im letzteren Falle handelt es sich um ein Zystadenomyom, von dem Verf. glaubt, dass es aus Resten des Müllerschen Ganges entstanden. Es war in der Höhe des inneren Muttermundes inseriert und enthielt mehrere mit etwas trüber, fadenziehender Flüssigkeit ausgefüllte, schleimhautausgekleidete zystische Hohlräume.

Auch Cervixmyome wurden, trotzdem sie selten sind, (bei Frankls (59) Material von 228 myomatösen Uteri finden sich 93,05 % Korpusmyome und 6,94 % Cervixmyome) von verschiedenen Seiten beschrieben [Balaban (6), Havestedt (70), Rabère (137), Torggler (168), Werner (180)], meist mit Erscheinungen von Einklemmung im Becken von seiten der Blase und des Darmes [Boldt (17), Caillaud (28), Ertl (47), Henkel (73), Jellett (81); Blasengangrän infolge Retentio urinae), Legueu (92) u. a.].

Fibrome im Ligamentum latum und solche, die sich darin vom Uterus aus entwickelt haben, wurden gesehen von Bauereisen (10), Bonamy (20), Briggs (26, vielleicht vom Ovarium ausgehend), Frankl, (58; vom Ligamentum rotundum), Jaboulay (78), Jung (82), Mazet (110, ins Mesokolon und Mesorektum hineingewachsen) und Werner (180, im Ligamentum ovarii).

Besonders oft scheinen bei Doppelbildungen des Uterus Myome vorzukommen. Solche Fälle wurden beobachtet von Bauereisen (10), Briggs (26), Frankl (58), Freund (63), Kamann (84), Mintrop (116) und Viannay und Maurin (173). Küstner (88) beschreibt einen Fall von Pseudohermaphroditismus femininus mit Uterusmyom.

Achsendrehung des myomatösen Uterus ist nichts Seltenes; der Sitz der Fibrome spielt dabei die grösste Rolle. Die anatomischen Folgen sind venöse Stauung, Obliterierung der Uterushöhle, interstitielle Veränderungen, peritoneale Reizungserscheinungen, Verlagerung in der Umgebung, ja sogar nachfolgende Nekrose des Uterus ist beschrieben worden [Ehrendorfer (45)]. Die Ätiologie, Pathologie und Symptomatologie der Stieldrehung ist in den Arbeiten von Kynoch (89) und Lhez (96) ausführlich behandelt worden. Kasuistische Fälle wurden ausserdem noch von Bucura (27), Dartigues (36) und Rosenstein (143) veröffentlicht.

Adenomyome wurden beobachtet von Blair Bell (13), der, da der Uterus am zweiten Tage der Menstruation entfernt wurde, besonders die Menstruationsveränderungen in den adenomatösen Inseln des Tumors studieren konnte, Briggs (25), Ferroni (50), Frankl (58, ausgehend vom Lig. rotundum), Hart (69), der 22 Jahre nach der Exstirpation des Tumors der Genitalien histologisch benigne Metastasen desselben in den Lungen nachweisen konnte, Havestedt (70), Heimann (71; Genese dieser Tumoren), Klages (85), der sich der Ansicht Opitz anschliesst, dass das von ihm beschriebene Adenomyom entzündlichen Ursprungs ist. Ogórek (127), Roblin (142), der die von Resten der Müllerschen und Wolffschen Gänge ausgehenden benignen und malignen Geschwülste des Uterus studiert, und Stade (164), der ebenfalls bezüglich der Genese die Entstehung aus Resten des Müllerschen Ganges annimmt.

Myomnekrose, besonders die rotbräunliche Verfärbung der Myome, die sog. aseptische Nekrobiose, wurde hauptsächlich von französischer Seite studiert [Albertin (1), Barbouth (9), Heising (72), Lecène (91), Martin (107), Michel und seine Diskussionsredner (115), Murray (123), Rosenstein (143), Trotabas (172), Vineberg und seine Diskussionsredner (174) und Wolff (184)]. Letzterer fand Cholesterin in den walnussgrossen nekrotischen Herden eines Myoms. Das echte „rote Myom" der Franzosen verdankt seine rote Farbe der blutigen Infiltration infolge zahlreicher Thrombosen seiner Gefässe. Mikroskopisch findet man Nekrose ohne Entzündungserscheinungen und Zerreissungen der erweiterten Gefässe. Eine Leukozyteninfiltration ist nirgendwo nachzuweisen. Obschon man im Innern Erweichungshöhlen findet, welche mit eiterähnlicher Flüssigkeit gefüllt sind, sind darin keine Keime nachzuweisen [Lecène (91), Martin (107), Murray (123), hat auch anaerob untersucht)]. Schnelles Wachstum der Tumoren soll die Ursache sein; auf jeden Fall ist Infektion ausgeschlossen. Malignität wäre schon eher möglich. Klinisch findet man oft Temperaturerhöhung, die wohl der Resorption von Zerfallsprodukten zuzuschreiben

ist. Es treten meist keine Reaktionserscheinungen von seiten des Abdomens auf. Die Patienten können schliesslich kachektisch aussehen, wie bei Karzinom. Rémy [Diskussion zu Michel (115)] erwähnt einen solchen Fall von Kachexie durch Myom. Die Entfernung desselben heilte die Patientin. Eitriger Zerfall ist sehr selten und gibt die klinischen Symptome eines Abszesses. Die Infektion findet auf utero-vaginalem Wege statt [Lecène (91)] oder auch auf dem Blutwege [Goullioud, Diskussion zu Albertin (1); siehe auch Vineberg (174)].

Verkalkte Myome wurden von Bernardie (12), Dartigues (36), Ehrendorfer (45), Heising (72) und Modraix und Declety (118) beschrieben.

Zum Zweck der Untersuchung des feineren histologischen Baues der Uterusmyome und besonders zum Nachweis der Myofibrillen in Uterus und Uterusgeschwülsten hat Daels (35) die Zuverlässigkeit der Färbungsmethoden nach v. Gieson, Mallory und Mallory-Ogata nachgeprüft und verglichen. Er fand, dass erstere die Myofibrillen im fötalen Uterus früher und im höheren Alter länger differenziert wie letztere. Dagegen bringt die Mallory-Ogatafärbung eine mit dem Alter der Föten zunehmende Reife der Muskelzellen zum Ausdruck, was die v. Giesonfärbung nicht tut. Senez (159) hat die Bindegewebsmetaplasie der glatten Muskelfasern in Myomen einem genaueren Studium unterzogen. Frankl (59) und Sampson (149) haben durch Injektion von Farbgelatine und für Röntgenstrahlen undurchlässige Substanzen in die Gefässe unsere Kenntnisse über die Blutversorgung der Myome wesentlich zu fördern vermocht.

Das Zusammentreffen von Myom und Adnexerkrankung ist von vielen Seiten beobachtet worden. Frankl (59) erklärt die Entstehung der Hämatosalpinx und Hämatometra beim myomatösen Uterus in der Weise, dass ein vorragender Tumorknollen dem menstruell oder pathologisch in die Uterushöhle ergossenen Blut den Abfluss verhindert. Siehe hierzu auch Sippel (160). Patel (130) hat ein Uterusmyom mit gleichzeitiger Salpingitis und Pelveoperitonitis gesehen, Pérair (132) ein Uterusmyom mit Ovarialzyste und stielgedrehter Hämatosalpinx. Pollosson und Murard (134) beschreiben einen diesem letzteren ganz ähnlichen Fall. Rosenstein (144) demonstriert einen supravaginal amputierten Uterus myomatosus, dessen rechte Adnexe ein Dermoid und ein Cystoma serosum simplex enthalten; ein gleichzeitiger Bluterguss in der Bauchhöhle bleibt ungeklärt. Russel (147) fand chronische Salpingitis bei Myoma uteri und Sippel (160) doppelseitige Pyosalpinx. Mackenrodt (99) („Strahlentherapie der Myome“, Nr. 59) fand unter 418 operierten Myomfällen in 20,8 % Kombination mit Ovarialtumoren, in 4,3 % mit Pyovarium und Pyosalpingen. Cazin (31) sah ein Zusammentreffen von Myom und Appendizitis, was Mackenrodt sogar unter seinen Fällen nicht weniger wie viermal beobachten konnte. Sachs (148) und Torggler (169) publizieren Fälle von Myom und gleichzeitiger tuberkulöser Endometritis. In Sachs Fall war auch das Peritoneum mit ergriffen und die Mukosa war ganz zerfallen; die Myome selbst waren aber nicht tuberkulös erkrankt. Martin (104) beschreibt noch einen Fall von grossem Prolaps mit im Becken eingekeiltem Myom, dessen Herausbeförderung bei der Laparotomie grosse Schwierigkeiten machte.

Über Herzveränderungen bei Myomatosis uteri haben wieder mehrere Autoren geschrieben. Doane (42) glaubt nicht an den chronischen Blutverlust als Ursache der Herzerkrankung, sondern schreibt diese der Wirkung toxischer Produkte des Myoms auf das Herz zu. Nach Frankl (60) soll es ein „Myomherz“ nicht geben. Jaschke (80) gibt ein Sammelreferat über die Literatur. Neu und Wolff (126) wollen den Namen „Myomherz“ durch „Anämie- bezw. Geschwulstkonsumptionsherz bei Myom“ ersetzt haben. Zöllner (186) („Strahlentherapie der Myome“, Nr. 89) hat starke Herzveränderungen bei Myom gesehen.

Eastmann (44) untersuchte den Zusammenhang zwischen Uterusmyome und Vergrösserung der Schilddrüse.

Über das Zusammentreffen von Myom und Karzinom sehe man unter „Karzinom“; desgleichen Myom und Sarkom unter „Sarkom“. Das Thema Myom und Sterilität und Fertilität ist unter „Myom und Schwangerschaft“ abgehandelt.

Übergehend zum Thema der operativen Therapie der Uterusmyome seien hier an erster Stelle die Arbeiten erwähnt, in denen Statistiken über die Resultate der operativen Behandlung, es sei konservativ oder radikal, mitgeteilt werden. Es sind die von Blumreich (14), Cumston (34), Dorsett (43), Flatau (52), Mackenrodt (99), Martin (103) und Opitz (129). Mehrere Operateure hatten eine Reihe von 100 und mehr Myomoperationen ohne Todesfall. In der operativen Technik werden von verschiedenen Seiten kleine Erneuerungen und Ratschläge mitgeteilt. Collica (33) empfiehlt für manche

Fälle von supravaginaler Uterusamputation den Gebrauch des Tourniquet. Dorsett (43) näht, seitdem ihm einmal eine Patientin durch Zurückziehen der Art. ovarica aus der Ligatur an Verblutung gestorben ist, die Art. ovarica in das Lig. latum ein. Flatau (52) gibt die genaue Technik seiner Operationsmethode. Freund (62) empfiehlt in Fällen, wo die Lig. lata sehr kurz und derb sind und der Uterus sich infolgedessen schwer vorziehen lässt, zuerst das Corpus uteri abzutragen und dann das Kollum isoliert auszulösen. Goullioud (67) hat bei einer 28jährigen Frau wegen eines bis an den Nabel reichenden Uterusmyoms die Unterbindung der beiden Art. hypogastricae vorgenommen. Verf. empfiehlt aber diese Methode nicht, da der Einfluss der Unterbindung auf das Wachstum des Fibroms ein recht geringer ist und Gefahr der Infektion des der Nekrobiose anheimgefallenen Tumors mit nachfolgender Allgemeininfektion droht. Lewis (95) enukleierte einen ausserordentlich grossen Tumor in zwei Stücke, Lomer (97) musste ihn wegen seines festen Sitzes auf dem Beckenboden morzellieren. Pozzi (136) gibt eine genaue Beschreibung der Technik der vaginalen Hysterektomie wegen Myom. Rouffart (145) will zur Vermeidung der Beschwerden der vorzeitigen Menopause nach Zweifels Vorschlag ein Stück der Korpusschleimhaut zurücklassen. Die Transplantation von Ovarien zu demselben Zwecke hat nach ihm keinen Erfolg. Strassmann (167) will zur Besserung der Resultate bei Radikaloperation, insbesondere auch von der Scheide her, vor allem den Gefässbogen, welcher an der Uteruskante zwischen Uterina und Ovarika verläuft, möglichst nicht verletzen. Dann ist die Ernährungsstörung im Lig. latum und die Thrombosenbildung keine so grosse. Auch für Nachblutungen wird ein Unterschied zugunsten dieses Vorgehens sich zeigen. Zöllner (186) („Strahlentherapie der Myome", Nr. 89) hat, seitdem er die Totalexstirpation ohne einen Seidenfaden durchführt, keinen Todesfall mehr gesehen.

Nach konservativen Operationen (vaginale und abdominale Enukleation) kommen verschiedentlich Rezidive vor. Rosenstein (143) hat einen Fall demonstriert und Molkau (120) sah auf einem Material von 130 Fällen 10%. Polak [Diskussion zu Dorsett (43)] musste bei 12 von 44 myomotomierten Frauen wegen Rezidiv später die Hysterektomie vornehmen. Trotzdem wird die konservative Operation von verschiedenen Seiten empfohlen: Gottschalk (66) („Myom und Schwangerschaft", Nr. 59), Lomers (97), Mackenrodt („Strahlentherapie der Myome", Nr. 59, er sah auf 147 Enukleationen fünfmal Rezidiv), Menge („Strahlentherapie der Myome", Nr. 60), Schöpp (156, bei 45 nachuntersuchten Fällen fünfmal Rezidiv), Zöllner („Strahlentherapie der Myome", Nr. 89) u. a. Bumm („Strahlentherapie der Myome", Nr. 8) und Koblanck („Strahlentherapie der Myome", Nr. 47) sind besonders über die Dauererfolge wenig zufrieden. Werner (180) hat gefunden, dass die Fundusmyome häufig solitär vorkommen und die Enukleation in diesen Fällen ein gutes Resultat liefert.

Eine besondere Operation, die „Utrikuloplastik", hat Bonney (21) für Metrorrhagien und kleine multiple Myome empfohlen. Aus dem Corpus uteri wird nach Art der Kellyschen vertikalen Resektion ein breiter Keil aus dem Uteruskörper exzidiert. Bei eventuell nachfolgender Schwangerschaft soll aber, um dem Uterus die Arbeit zu erleichtern, die Geburt einige Wochen vor dem normalen Termin eingeleitet werden. Auch Mackenrodt (99) („Strahlentherapie der Myome", Nr. 59) empfiehlt eine partielle Korpusresektion.

Die Frage der Mitnahme der Ovarien bei der Exstirpation des Uterus wegen Myom hat ebenso viele Verteidiger, wie Widersacher gefunden. Goldspohn [Diskussion zu Dorsett (43)], Gottschalk [Diskussion zu Bumm („Strahlentherapie der Myome", Nr. 8)], Franz [Diskussion zu Bumm („Strahlentherapie der Myome", Nr. 8)] lassen bei allen Myomoperationen das eine oder beide Ovarien zurück, das zurückgelassene Ovarium funktioniert weiter. Allerdings macht die Entfernung des Uterus allein, mit Zurücklassung der Ovarien, bei jugendlichen Personen ebenfalls Ausfallserscheinungen, aber sie scheinen geringer zu sein, als wenn die Ovarien mitgenommen werden. Bumm („Strahlentherapie der Myome", Nr. 8) dagegen nimmt die Ovarien mit weg; die lokalen Erscheinungen sind dann viel geringer. Wenn man sie zurücklässt, werden sie durch die Zirkulationsstörungen, die durch die Unterbindung der uterinen Gefässe zustande kommen, immer anschwellen und als empfindliche Tumoren lange Zeit von der Leidenden gefühlt. Die Ausfallserscheinungen werden danach ganz gewiss nicht stärker als sonst. Auch Zöllner (186) („Strahlentherapie der Myome", Nr. 89) nimmt bei der Totalexstirpation wegen Myom die Ovarien stets mit, da er ein paarmal wegen Tumorentwickelung in den zurückgelassenen Ovarien nachoperieren musste. Die Ausfallserscheinungen wurden dadurch nicht stärker. Gottschalk (l. c.) und Franz (l. c.) behaupten aber niemals einen Nachteil von dem Zurücklassen der Ovarien gesehen zu haben. Auch Walthard [Diskussion zu Menge („Strahlentherapie der Myome", Nr. 60)] entfernt prinzipiell die Ovarien mit, da er den Ausfallserscheinungen keine wesentliche Bedeutung

für die Lebensführung der Operierten beimessen kann. Nach Rouffart (145) hat die Transplantation von Ovarien keinen Erfolg.

Ob die Röntgenbestrahlung bei Myomen einer künstlichen nichtoperativen Kastration gleichzustellen ist, darüber sind die verschiedenen Autoren sich nicht einig. Auf jeden Fall scheint der Einfluss sowohl der früheren operativen, wie der Röntgenkastration auf die Blutung bei Myomen und auf die Verkleinerung der Tumoren sehr gering zu sein. Siehe dazu Boldt (16), Henkel („Strahlentherapie der Myome", Nr. 32), v. Herff („Strahlentherapie der Myome", Nr. 33), Nagel (125) und Krönig und Gauss („Strahlentherapie der Myome", Nr. 51, 52).

Goldstein (65) hat einen Fall von Akromegalie nach Totalexstirpation des Uterus wegen Myom gesehen, Bender (11) Nekrose der Scheide, Sänger (151) Gangrän am Kreuzbein [Läsion der vorderen Sakralnerven ausgeschlossen] und Mohr (119) sah Gangrän des Darmes wahrscheinlich infolge vorübergehender Abklemmung desselben oder seines Mesenteriums durch das Myom.

Strahlentherapie der Myome.

(Siehe auch „Strahlentherapie der Karzinome" und für die Technik: Kap. II, „Elektrizität" usw.)

a) Röntgentherapie.

1. Albers-Schönberg, Ergebnisse der Röntgentherapie der Myome. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 19. H. 5. p. 331.

1a. Aschheim, S., Die Röntgentherapie in der Gynäkologie. Med. Klinik. Nr. 29.

2. Berdez und Exchaquet, Die Radiotherapie der Uterusfibrome. Schweiz. Rundschau f. Med. Nr. 25. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 1. p. 37. La Presse méd. Nr. 64. p. 662. (Verff. haben 37 Fälle, davon 28 Fibrome mit Blutungen und 9 Fälle mit profusen Menses ohne Fibrom, teils nach Albers-Schönberg, teils nach Bordier bestrahlt. Die Metrorrhagien wurden alle geheilt. Von den 28 Fibromen war bei 15 eine deutliche Verkleinerung zu konstatieren. Bei zwei Patientinnen wurden nach der Bestrahlung ausgesprochene klimakterische Störungen des Allgemeinbefindens beobachtet.)

3. Blumreich L., Zur Röntgen- und operativen Behandlung der Myome. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 37. p. 1745. (Siehe unter „Myom", Nr. 14.)

4. Du Bois, La radiothérapie des fibromes utérins. Rev. méd. de la Suisse romande. 1911. Nr. 12.

5. Boissard, A., Radiothérapie des fibromyomes utérins. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Séance du 11 Nov. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 1 Année. Nr. 8. p. 847. (Zwei Krankengeschichten von mit gutem Erfolg bestrahlten Fällen.)

6. Bordier, H., La radiothérapie des Fibromyomes utérins. Soc. de méd. de Paris, Séance du 15 Mars. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 21. Nr. 3. p. 185. Patientinnen unter 39 Jahren sollen nicht bestrahlt werden. Am geeignetsten interstitielle Myome; gestielte oder subperitoneale sollen chirurgisch angegriffen werden. Die Myome mit den stärksten Blutungen wurden am leichtesten von den X-Strahlen beeinflusst und die Blutungen hörten auf. Die Tumoren dürfen aber nicht mehr wie Kindskopfgrösse haben. Klimakterische Blutungen wurden noch leichter beeinflusst. Verkalkte, nekrotische und maligne degenerierte Myome sollen nicht bestrahlt werden. Infolge der Bestrahlung nahmen die Tumoren an Grösse ab, manche verschwanden ganz.)

7. de Bovis, R., Röntgenbehandlung der Uterusmyome. Sem. méd. Nr. 40. (Nach anfänglicher Verstärkung werden die Blutungen geringer, ja es tritt in einer Reihe von Fällen Amenorrhoe ein. Der Lokalbefund wird gebessert, die Fernsymptome (Herz) gehen zurück, dagegen treten leichte klimakterische Erscheinungen ein. Kontraindikationen: Karzinomentwickelung, Gangrän, submuköser Sitz, grosse Blutarmut nach schwerer Blutung. Komplikation mit Adnexentzündungen. Nachteile der Behandlung sind: grosse Kosten, lange Dauer, Schwierigkeit der Diagnose. Spezielle Indikation zur Behandlung: alle die Patienten, bei denen eine Operation Gefahren mit sich bringt [Diabetiker, Fettleibige, Arteriosklerotische, Hämophile].)

8. Bumm, E., Anwendung der Röntgenstrahlen in der Gynäkologie. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 22. März. Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. Heft 1. p. 217. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 50. p. 1700. (Hat den Eindruck, dass die Röntgenbestrahlung ein gutes Verfahren ist für die älteren, dem Klimakterium nahestehenden Frauen. Hier werden vielleicht die 100 % guten Erfolge noch erzielt werden, gleichgültig, ob sie Myome haben oder nur an klimakterischen Blutungen leiden. In 10 % aller operierten Myome wurde aber eine Sarkomentwickelung in der Geschwulst nachgewiesen. Auf ungefähr 200 Fälle totalexstirpierter Myome, die jahrelang beobachtet worden sind, wurden vier Rezidive an Sarkom gesehen. Nach der Berechnung verlieren dadurch eventuell bei der Röntgenbehandlung auf 100 Frauen 6—8 mehr ihr Leben, wie bei der Operation. Der radikalen und Nur-Röntgenbehandlung stehen wesentliche Bedenken im Wege.)

9. — Diskussion zur Röntgenbehandlung in der Gynäkologie. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 10. Mai. Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. Heft 2. p. 499. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 1. p. 27. (Wenn es auch für einen Operateur nicht angenehm ist, ein so glänzendes Gebiet der Erfolge aufzugeben, wie das der operativen Myombehandlung, so ist doch im Interesse unserer Kranken das Röntgenverfahren, das einen ungemein grossen Fortschritt darstellt, auszubilden. Das Gebiet der präklimakterischen Blutungen bei Frauen mit oder ohne Myome ist schon durch das Röntgenverfahren völlig erobert worden. Von der Übertreibung der Dosierung fürchtet Bumm Gefahren. Er selbst hat einen Fall von zunehmender Abmagerung beobachtet; es traten bei der Patientin jeden Tag Diarrhöen auf, die sich durch nichts zurückhalten lassen. Es wäre nicht einzusehen, warum nicht, wenn der Uterus selbst und so harte Geschwülste wie Myome, direkt beeinflusst werden, auch die Ganglienzellen des Abdomens, die in der Nachbarschaft der Bestrahlungszone sich hinziehen, durch die Bestrahlung beeinflusst werden und unter Umständen in einer uns noch unbekannten Weise schwere Schädigungen erfahren. Bumms Erfahrungen mit der Enukleation sind nicht so günstig, wie mit den radikalen Operationen. Mit den Dauererfolgen, insbesondere mit dem Gravidwerden, ist es nicht allzu günstig bestellt. Bumm hat nie eine Konzeption und ein Austragen der Schwangerschaft nach Enukleation bei vorher sterilen Personen eintreten sehen. Bei der radikalen Operation nimmt Bumm die Ovarien mit weg (s. o. p. 137). Diskussion: Gottschalk und Franz (s. o. p. 137.)

10. Cohn, M., Kritische Bemerkungen zur Therapie von Frauenleiden mit Röntgenstrahlen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 49. p. 2308. (Die Behandlung der Unterleibsblutungen mit Röntgenstrahlen ist, soweit sie nicht von bösartigen Leiden herrühren, ein aussichtsreiches, in vielen Fällen von dauerndem Erfolge begleitetes Verfahren. Es ist ungefährlich und deshalb geeignet grössere operative Massnahmen in vielen Fällen zu vermeiden. Die durch Röntgenkastration bedingten Ausfallserscheinungen sind meist geringer als bei operativer Kastration. Die besten Erfolge werden erzielt bei Blutungen aus dem myomatösen Uterus und an der Grenze des Klimakteriums. Eine direkte Beeinflussung der Myome ist aber durchaus nicht bewiesen. Die Bestrahlungen müssen von geschulten Ärzten vorgenommen werden. Die Verkleinerung der Tumoren, die sicher vorkommt, kann auch eine Folge der schrumpfenden Vorgänge auf der Basis der Ovarienbeeinflussung sein.)

11. Désplats, R., Schädigungen bei der Röntgentherapie der Myome. Journ. des sciences méd. de Lille. 6 Avril. Nr. 14. (Verf. macht darauf aufmerksam, dass sehr fette Frauen durch ungünstige Ernährungsverhältnisse in den Bauchdecken besonders für das Zustandekommen von tiefen Röntgenulzera der Bauchhaut geneigt sind. Diese Geschwüre heilen sehr schlecht.)

12. Eymer, H., und K. Menge, Röntgentherapie in der Gynäkologie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 3. p. 268. Ref. Arch. mens. d'obst. et de gyn. 1 Année. Nr. 11. p. 451. (Eymer behandelt die Technik, das Anwendungsgebiet und die Resultate. Bestrahlt wurden ausser Myomen, Metropathien und (prophylaktisch) Radikalexstirpationen wegen Karzinom auch: Blutungen bei Adnexerkrankungen (in jeder Beziehung zufriedenstellende Resultate), Dysmenorrhoen (ohne rechten Erfolg), Pruritus (Heilung) und Kraurosis vulvae (keine Besserung), Bauchfelltuberkulosen (Röntgenbehandlung ist angebracht), Rezidiv nach Karzinomoperation (keine Besserung zu bemerken), ein maligner Peritonealtumor (ohne den geringsten Erfolg) und eine beginnende Schwangerschaft (die Frucht wird wahrscheinlich abgetötet, aber nicht ausgestossen). An Nebenerscheinungen sind zu nennen: Reizzustände von Blase und Darm, Spannung der Brüste (Kolostrumabsonderung), ausstrahlende Schmerzen in

die Beine, Abnahme der Libido, ovariprive Sensationen usw. Die Zeit der Bestrahlung bezüglich der Regel ist gleichgültig. Menge behandelt die Indikationsstellung der Röntgentherapie bei Uterusmyom.)

13. Falk, E., Zur Röntgenbehandlung der Myome. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 28. Febr. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 18. p. 827. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 11. p. 611. (Demonstration von drei Fällen von Uterusmyom, bei denen die Röntgenbestrahlung unterbrochen und operativ eingegriffen werden musste. Verstärkung der Blutungen nach den ersten Sitzungen, einmal mit Exazerbation einer Adnexerkrankung kombiniert, war die Indikation zur Operation.)

14. — Röntgenbehandlung der Myome. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 22. März. Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. Heft 1. p. 219. (Weist auf die im Anfange der Behandlung eintretende primäre Kongestion nach den Genitalien hin, die eine Umkehrung der Wirkung der Röntgenbestrahlung hervorruft, so dass statt einer Verminderung eine Steigerung der Blutungen eintreten kann. Hat drei Myomfälle deswegen operieren müssen. Indikationen und Kontraindikationen gegen die Röntgenbehandlung der Myome.)

15. Fiessler, A., Zur Frage der Röntgenbehandlung in der Gynäkologie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 467. (Behandelt die wichtige Frage, inwieweit durch die Röntgenbehandlung etwa später noch gezeugte und ausgetragene Früchte geschädigt werden. Da wir bei der gynäkologischen Röntgenbehandlung stets alle Keimzellen treffen, die je im Leben noch zur Befruchtung und Entwickelung gelangen können und eine Neubildung von Keimzellen beim Weibe gemäss unserer bisherigen Anschauungen nicht mehr statthat, ist an erster Stelle die Frage zu lösen, ob eine durch Röntgenstrahlen geschädigte Keimzelle sich wieder so weit erholen kann, dass ihr Zustand mit dem vor der Bestrahlung identisch ist, damit nicht aus der minderwertigen Keimzelle eine minderwertige Frucht entstehe.)

16. Flatau, S., Erfolglos mit Röntgenstrahlen behandelter Uterus myomatosus. Demonstrat. Ärztl. Verein in Nürnberg. Sitzg. vom 18. April. Ref. Münchn. med. Wochenschrift Nr. 32. p. 1787. (Die wiederkehrende, abundante Blutung brachte die so schon schwer anämische Kranke, die auch Veränderungen am Herzmuskel hatte, in so schwere Gefahr, dass für die Operation eine Indicatio vitalis vorlag. Die mikroskopische Untersuchung wurde von R. Meyer vorgenommen [cf. Nr. 62].)

17. — Die Röntgenbehandlung der Myome. Eine kritische Übersicht. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. Heft 3. p. 940. (Sammelreferat. Ist im Original durchzulesen. Aus der Gesamtliteratur können bisher folgende Anzeigen für die Strahlenbehandlung der Myome angegeben werden. Myome werden bestrahlt: 1. bei Frauen, die gleichzeitig an Diabetes oder Nephritis leiden, 2. bei hochgradiger Adipositas, 3. bei unüberwindlicher Messerscheu, 4. wenn die Myomträgerin über 40 Jahre alt ist. Als Kontraindikationen werden angegeben: 1. Submuköser Sitz der Myome [Klein, Saretzki, Albers-Schönberg, Döderlein], 2. Adnextumoren mit chronisch adhäsiver Peritonitis, 3. Nekrosen, Erweichungen, Verjauchungen der Myome, 4. Zystomyome und Adenomyome, 5. tiefsitzende Kollummyome, die schwere Blasen- und Kohabitationsstörungen verursachen, 6. zu jugendliches Alter unter 40 Jahren [Menge, Albers-Schönberg, Hänisch], 7. stark ausgeblutete Kranke mit schweren Herzveränderungen [Albers-Schönberg].)

18. Fränkel, M., Einiges aus der Praxis der Röntgenbehandlung. Therapie d. Gegenw. 1911. Dez. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34. p. 1130. (Eine mit Beispielen durchsetzte dringende Empfehlung der röntgenologischen Myomtherapie, die der operativen weit überlegen sein soll.)

19. — Röntgenbehandlung in der Gynäkologie. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 34. p. 1610. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 1. p. 36. (Übersicht über das bisher mit Röntgenbestrahlung in der Gynäkologie, also auch auf dem Gebiete der Myome Erreichte. Die Indikationsstellung zur Röntgenbehandlung wird immer von einem geschulten Gynäkologen ausgehen müssen. Auch dieser kann die Eignung der Fälle für das Röntgenverfahren nicht immer mit Sicherheit bestimmen. Auch Malignität ist häufig klinisch nicht zu erkennen. Daher ist es besser, die Erwartung bei der Patientin nicht zu hoch zu spannen. Entschieden Front macht Verf. gegen die von manchen jetzt geübte Anwendung sehr hoher Strahlendosen. Es entzieht sich vorläufig noch unserer Kenntnis, wie diese grossen Strahlenmengen auf die menschlichen Gewebe in der Tiefe wirken.)

20. Füth, H., Über die therapeutische Verwendung der Röntgenstrahlen in der Gynäkologie. Allg. ärztl. Verein zu Köln. Sitzg. vom 17. Juli. Ref. Münchn. med. Wochenschrift Nr. 36. p. 1980. (Füth schliesst sich in der Indikationsstellung im wesentlichen Menge an [Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 3. p. 291], bestrahlt aber nach dem Vorgehen und nach der Dosierung von Albers-Schönberg. Er verfügt in der Weise über Erfahrungen an 11 Myomen. Von diesen kommen drei für die Bewertung des Erfolges nicht in Betracht, da die Bestrahlungen erst vor kurzem begonnen wurden. Bei vier Frauen ist der Erfolg ein durchschlagender. Die Tumoren haben sich stark verkleinert und sind harte derbe Knollen geworden. Bei einer Patientin ist an der Stelle, wo das doppeltfaustgrosse Myom gesessen hat, überhaupt nichts mehr zu fühlen. Zwei Patientinnen mit grossen Myomen mussten doch noch operiert werden. In dem einen Fall zeigte der kindskopfgrosse Tumor nach 20 Einzelbestrahlungen, die in der Zeit von fünf Monaten durchgeführt wurden, nicht nur keine Verkleinerung, sondern eher eine geringe Zunahme. Die ganz profusen Blutungen blieben unbeeinflusst. Bei der Operation zeigten die sehr tief und versteckt liegenden normalen Ovarien keine Erscheinungen und wurden zurückgelassen. Bei der anderen Patientin stellte sich bedeutende Besserung des Allgemeinbefindens während der Bestrahlung ein, aber der Tumor wuchs. Infolge der Bestrahlung war aber die Operation erst möglich geworden.)

21. Gauss, C. J., Diskussion zum Thema der Röntgenbehandlung der Myome. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 22. März. Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. Heft 1. p. 227. (Technisches. — Unter etwa 450 operierten Fällen 2 % Sarkome. 62 wegen Myom und Metropathie mit Röntgenstrahlen behandelte Fälle, welche zur Nachuntersuchung kamen, sind zum Teil schon seit dem Jahre 1906, alle geheilt geblieben, mit Ausnahme von drei Rezidiven, die damals noch nach Albers-Schönberg bestrahlt wurden.)

21a. — Weitere Fortschritte auf dem Gebiete der gynäkologischen Radiotherapie. Strahlentherapie. Bd. 1. H. 1 u. 2. p. 132.

22. — und H. Lembcke, Röntgentiefentherapie, ihre theoretischen Grundlagen, ihre praktische Anwendung und ihre klinischen Erfolge an der Freiburger Univ.-Frauenklinik. I. Sonderband zu „Strahlentherapie“. (Berlin u. Wien, Urban u. Schwarzenberg.)

22a. Gocht, H., Die Röntgenliteratur (Handbuch der Röntgenlehre, Bd. 3) Stuttgart, Ferd. Enke.

23. Gottschalk, E., Bemerkungen zu dem Artikel von Krönig und Gauss in Nr. 20 der Deutsch. med. Wochenschr. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 19. Heft 2. (Weist zunächst darauf hin, dass er bereits im Jahre 1906 in einer Broschüre die günstige Einwirkung der Röntgenstrahlen auf Myome beschrieben habe. Im übrigen setzt er sich warm für die prinzipielle Autorschaft der sog. Freiburger Technik ein, deren drei hauptsächlichste Ingredienzien für die optimistische Tiefenwirkung zu suchen sind: 1. in der Strahlenfiltration, 2. in der Tiefenbestrahlung, 3. in der Kreuzfeuerwirkung durch möglichst zahlreiche Einfallspforten. Besonderes Gewicht legt Gottschalk auf die Hochlagerung des Beckens, wodurch die stark Röntgenstrahlung absorbierenden Darmschlingen nach oben sinken.)

24. Gräfenberg, E., Die Röntgenstrahlen in der Myombehandlung. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 22. März. Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. Heft 1. p. 215. (Hat bei einer 60jährigen Nullipara, die seit neun Jahren amenorrhoisch war, durch Röntgenbestrahlung erreicht, dass ein bis zum Nabel reichendes Myom bis auf zwei Myomknöllchen zurückging. Dieser Erfolg spricht also für die Einwirkung der Strahlen auf das Myom selbst, ohne Zwischenkunft der Ovarien.)

25. — Der spezifische Einfluss der Röntgenstrahlen auf das Myomgewebe. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 18. p. 828. (Ein Fall von Myomschwund nach 14wöchiger Röntgenbestrahlung im Klimakterium [10 Jahre nach Aussetzen der Menstruation], der den Beweis bringt für die elektive Affinität der Myomzellen zu den Röntgenstrahlen; denn es fehlte das funktionierende Ovarium als hypothetische Vermittlerin der Röntgenstrahlenwirkung. Alle mesenchymalen Derivate sollen ganz besonders leicht durch die Röntgenstrahlen geschädigt werden.)

25a. v. Haberer, F., Ein Fall von Röntgenkarzinom. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 21. p. 783 (Karzinom der Bauchhaut im Anschluss an einem vom Röntgenologen unbemerkt gebliebenen Ekzem, nach 3wöchentl. Bestrahlung wegen Amenorrhoe. Exstirpation. Es wurden dabei im Abdomen multiple peritoneale Adhäsionen fest-

gestellt. An Stelle der Amenorrhoe sind jetzt Menorrhagien, die in regelmässigen Perioden einsetzen, aufgetreten; dieselben sind mit sehr starken dysmenorrhoischen Beschwerden verbunden. — Beschreibung und Abbildung des mikroskopischen Präparates.)

26. Haendly, P., Anwendung der Röntgenstrahlen in der Gynäkologie. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 22. März. Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. Heft 1. p. 197. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 50. p. 1695. (Statistisches über die Erfolge der Myombestrahlung bei 62 Fällen. In 45 % der Fälle war es möglich, Amenorrhoe zu erzielen, die Prozentzahl mit dem Alter der Patientin steigend [bis 75 % bei Frauen zwischen 51—55 Jahren]. Die Röntgenbestrahlung ist eine sehr angenehme Bereicherung der therapeutischen Massnahmen in der Gynäkologie. Vortragender glaubt aber nicht, dass die Operation wesentlich in den Hintergrund gedrängt werden wird.)

27. — Über die therapeutische Verwertung der Röntgenstrahlen. Gynäkol. Ges. zu Berlin. Sitzg. vom 22. Nov. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 52. p. 2477. (Unter 80 Fällen von Myomen, welche für die Statistik in Betracht kommen, sind 85 % amenorrhoisch geworden, 7,5 % oligomenorrhoisch und in 7,5 % war kein Erfolg zu verzeichnen. Die Amenorrhoe besteht von acht Wochen bis zu zwei Jahren. In fast der Hälfte der Fälle trat Verkleinerung der Tumoren ein. Die Amenorrhoe kommt hauptsächlich durch Einwirkung auf die Ovarien zustande. In sieben Fällen Rezidive; diese wurden durch ein bis zwei Serien von Bestrahlung wieder günstig beeinflusst. In der Mehrzahl der Fälle ist zu geringe Dosierung an dem Misserfolg schuld. Die Fälle im späteren Lebensalter sind günstiger. In allen Fällen traten Ausfallserscheinungen auf. Tritt nach 5—6 Serien kein Erfolg ein, so ist zur Operation zu schreiten. In einem Fall wurde 11 Pfund Gewichtsabnahme, in zwei Fällen unstillbare Diarrhoe beobachtet.)

28. Haenisch, G. F., On the X-Ray treatment of uterine fibroids. Brit. med. Assoc. Sect. of Electro-Therap. and Radiology. July 19. Ref. Brit. med. Journ. August 31. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 46. p. 2536. (Bericht über 50 Fälle von Röntgenbestrahlung wegen Myom und Blutungen verschiedener Art; 15 werden noch weiter behandelt, 17 sind seit länger wie ein Jahr geheilt [Aufhören der Blutungen; Hebung der Beschwerden]. Bei vier Myomen sollen die Tumoren ganz verschwunden sein. Mittlere Dosis war 50—60 X in 4—6 Serien von je vier Bestrahlungen von 5—6 Minuten Dauer mit 2—3 Wochen Zwischenraum zwischen jeder Serie. Die Methode ist für Frauen, die weniger als 40 Jahre alt sind und auch bei grossen alten Myomen ungeeignet. Die interstitiellen und intramuralen Fibromyome sind der Strahlenbehandlung am meisten zugänglich. Bei zwei Patientinnen war die Behandlung erfolglos und musste operiert werden, bei einer wurde nach 2½ Monate dauernder Bestrahlung Karzinom festgestellt. Wiederholt starke Blutung nach den ersten Bestrahlungen, wodurch Operation nötig wurde. In vier Fällen deutliche Hautreaktion, zweimal Dermatitis. Indikationen: Blutungen oder anderweitige Beschwerden von Myomen, klimakterische und präklimakterische Blutungen. Diskussion: Snow, Thurstan Holland, Haenisch.)

28a. — Operationskastration oder Röntgenkastration. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 6. p. 311. (Bemerkungen zu dem gleichnamigen Artikel von O. v. Herff [cf. Nr. 33].)

29. Halban, J., Ovarialzyste nach Röntgenbestrahlung. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 13. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 50. p. 1709. (Im Anschluss an eine etwa dreimonatige Bestrahlungskur wegen starken Metrorrhagien infolge von Myomen soll sich bei einer 51 jährigen Patientin ein Kystom des linken Ovariums gebildet haben, das konstant bis zu Kindskopfgrösse wuchs. Mikroskopisch konnten keine malignen Veränderungen nachgewiesen werden. Der Fall soll zeigen, dass die Röntgenstrahlen wohl die Sterilisierung des normalen Ovariums bewirken, nicht aber die Bildung eines ovariellen Tumors aufhalten können.)

30. Haller, Radiothérapie des fibromes utérins. Arch. mens. d'obst. et de gyn. 1 Année. Nr. 8. p. 60. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 22. Nr. 5. p. 280. (Ein Franzose, Foveau, soll [im Jahre 1903] der erste gewesen sein, der die Röntgentherapie bei Myomen anwandte; nach ihm kam Deutsch (1904) in Deutschland. Historische Übersicht. Technik der verschiedenen deutschen und französischen Röntgenologen. Klinisches Resultat, beurteilt nach folgenden drei Punkten: 1. Einfluss der Röntgenstrahlen auf dem Symptom der Blutung; 2. Einfluss auf den Tumor selbst und 3. Beeinflussung des Allgemeinzustandes. Jeder dieser Punkte wird einzeln besprochen, an der Hand meist französischer Autoren. Auch der Nachteile und Gefahren der Röntgenbehandlung wird eingehend Erwähnung

getan. Kritische Besprechung der verschiedenen Theorien über den Mechanismus des Einflusses der Röntgenstrahlen auf die Myome. Indikationsstellung zur Röntgenbehandlung der Myome. Die Arbeit stützt sich nicht auf eigene Erfahrungen. Literatur.)

31. d'Halluin, Traitement des métrorrhagies et des fibromes par les rayons X. Journ. d. sciences méd. de Lille. Nr. 112 et 113.

32. Henkel, M., Diskussion der Frage der Röntgenbehandlung der Myome. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 26. April. Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. Heft 2. p. 480. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 1. p. 24. (Die Frage: Wie nützen wir unseren Patienten am meisten? deckt sich in der Myombehandlung unbedingt mit dem konservativen Gesichtspunkt. Olshausen hat nur 15 % der Myomfälle operiert. Es besteht hinsichtlich der Erfolge eine nicht zu verkennende Analogie zwischen der Röntgenbehandlung der Myome und der ihr vorausgegangenen Kastration auf operativem Wege. Die Mortalität der Röntgenbehandlung beträgt nicht 0 %; bei Durchsicht der durch Myomoperationen gewonnenen Präparate in bezug auf ihre anatomische Zusammensetzung kommt man zu anderer Ansicht. Nicht diagnostizierte Karzinome, Sarkome, maligne Ovarialtumoren, stielgedrehte Ovarialkystome wären trotz der Röntgenbehandlung zugrunde gegangen. Die Dauererfolge sind noch zweifelhaft. Die Sklerosierung des Beckenbindegewebes ist eine unerwünschte Nebenerscheinung.)

33. v. Herff, O., Operationskastration oder Röntgenkastration. Münchn. med. Wochenschrift Nr. 1. p. 1. (Im ganzen soll die Operationskastration der Röntgenkastration, deren wesentlicher Vorteil es vorderhand ist, dass ein operativer Eingriff ausfällt, in sehr vielen Punkten entschieden überlegen sein. In der Sicherheit eines objektiven Heilerfolges und in der Erzielung eines vollen funktionellen Erfolges wird die Röntgenkastration stets hinter der Operationskastration zurückbleiben. In bezug auf Kürze und Kostspieligkeit der Behandlung steht erstere der letzteren weit nach. Die Röntgenkastration soll gegenwärtig mit ihren unmittelbaren Behandlungsschädigungen und möglichen späteren Dauerschädigungen erheblich stärker belastet sein als die Operationskastration, deren Anwendungsgebiet ausserdem ausgedehnter sein soll. Ausserdem sind die Bedenken, die seinerzeit zu dem Fallenlassen der Operationskastration geführt haben, heute zum mindesten in gleichem, wenn nicht erhöhtem Masse gegen die Röntgenkastration vorzubringen. Als feststehend wird dabei anscheinend angenommen, dass der Einfluss der Röntgenstrahlung auf die Rückbildung der Myome ein ausschliesslich indirekter ist und auf Schädigung der Ovarien beruht.)

34. Herman, Electrolysis and radiotherapy in uterine fibroids. Thèse de Nancy. 1911. Nr. 940. (Verf. empfiehlt vor der Radikaloperation den Versuch mit der Behandlung nach Apostoli.)

35. Heynemann, Th., Zur Methodik der Röntgenbestrahlung in der Gynäkologie. Strahlentherapie. Bd. 1. p. 362. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 1. p. 37. (Technisches, wird an anderer Stelle referiert.)

36. Hirsch, H. G., Beiträge zur Ausgestaltung der gynäkologischen Radiotherapie. Diss. Freiburg i. Br. März.

37. Horand, R., Traitement d'un fibrome utérin par les rayons X. Soc. nat. de méd. de Lyon. Séance du 16 Janv. 1911. Lyonméd. 1911. p. 423.

38. Immelmann, M., Der derzeitige Stand der Röntgentherapie in der Gynäkologie. Med. Klinik. Nr. 6. p. 233.

39. — Anwendung der Röntgenstrahlen in der Gynäkologie. VI. Internat. Kongr. f Geb. u. Gyn. in Berlin. Sept. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. p. 1322. (Die besten Objekte sind die Fälle von Myom und Metrorrhagie. Diskussion: Fränkel sah bei 100 Myomen in 75 Fällen Erfolg, aber Verkleinerung der Geschwulst nur in der Hälfte derselben. Bei Anwendung von hohen Dosen sind Schädigung von Blase und Darm, sowie umfangreiche Verwachsungen zu fürchten. Krönig verwendet bei bösartigen Geschwülsten fast die 30fache Dosis von der bei Myomen. Abel hat bei Myomen keine Verkleinerung, nur einen guten Einfluss auf die Blutungen beobachtet. Am besten sind die Erfolge in der Nähe des Klimakteriums. Auch bei Sarkomen ist die Bestrahlung zu probieren. Nach grossen Dosen konnte er bei der späteren Operation schwere Verwachsungen feststellen. Pankow bespricht einen Apparat, mit dem man gleichzeitig zwei Frauen oder dieselbe Frau zugleich von zwei Seiten bestrahlen kann.)

40. Iselin, H., Schädigungen der Haut durch Röntgenlicht nach Tiefenbestrahlung. Kumulierende Wirkung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 49 u. 50.

41. Jung, Ph., Zur Röntgenstrahlentherapie der Uterusmyome und hämorrhagischen

Metropathien. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Festnummer zum VI. internat. Gyn.-Kongr. Bd. 36. p. 207. (Technisches über die Bestrahlungstherapie. Resultat von 49 bestrahlten Fällen ist, dass sich in den meisten Fällen von Myomen und Metropathia haemorrhagica das Ziel der Amenorrhoe oder, bei jüngeren Frauen, das der Oligomenorrhoe erreichen lässt. Submuköse sowie zystische Myome, grosse Myome im Klimakterium und solche mit Verdrängungserscheinungen und alle Fälle, bei denen aus anderen Gründen doch operiert werden muss, werden nicht bestrahlt. Das jugendliche Alter der Patientin dagegen hält von einem Versuch der Bestrahlung nicht ab, obschon Amenorrhoe um so leichter erreicht wird, je näher die Frau der natürlichen Klimax steht. Darin, dass man sich gegen das Übersehen der Komplikation von Myom mit maligner Degeneration und Karzinom bei der Bestrahlung nur sehr schwer schützen kann, liegt eine Schwäche des Verfahrens.)

42. Kelen Béla, Mèhvérzések myomák Röntgenkerelése. Orvosi Hetilap. Nr. 32. (Auf Grund seiner Beobachtungen an 556 Kranken hält Kelen Béla die Röntgenbehandlung der Myome und Gebärmutterblutungen für ein absolut ungefährliches, zuverlässiges Mittel, welches, wenn nicht bedrohliche Blutungen zur rascher heilenden Operation drängen, stets versucht werden sollte.) (Temesváry.)

43. Klein, G., Maligne Degeneration bei Uterusmyomen und Röntgentherapie bei Myomen. Münchn. gyn. Ges. Sitzg. vom 15. Dez. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 10. p. 306. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 5. p. 630 und Deutsche med. Wochenschr. Nr. 14. p. 687. (Von 1156 Myomkranken wurden 491 operiert. Unter diesen 491 Fällen fand sich 38 mal, d. h. in 7,7 % maligne Degeneration, bezw. Kombination mit malignen Tumoren, und zwar 13 mal Sarcoma myom., 16 mal Carc. corp. ut., 9 mal Carc. cerv. ut. Die Myomoperation ist auch heute noch teils berechtigt, teils notwendig 1. bei Verdacht auf maligne Degeneration, bezw. bei Komplikation mit malignen Tumoren, 2. bei nekrotischen und gangränösen Myomen und 3. bei polypösen und manchen submukösen Myomen. Diskussion: Hengge, Sielmann [berichtet auf Grund fünfjähriger Erfahrung mit der Röntgentherapie über 60—70 % Erfolge bei Myom, insofern die Blutungen zur Norm zurückkehren, bezw. eine künstliche Klimax eintrat. Noch bessere Erfolge erzielt man bei klimakterischen Blutungen ohne Myome]. Döderlein stimmt besonders letzterem bei. Die Indikationen und Kontraindikationen zur Bestrahlung der Myome sind vorläufig noch nicht mit Sicherheit zu stellen und jede Röntgenbehandlung bleibt zunächst immer nur ein Versuch, dem im Falle des Ausbleibens des Erfolges die Operation sich anschliessen muss. Die gute Wirkung der Röntgenstrahlen bei klimakterischen Blutungen bestätigt dann auch Klein.)

44. — Die Kontraindikationen der Röntgenisierung der Myome. Demonstr. Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. in München. Sitzg. vom 7. Juli. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 35. p. 1932. (Klein berichtet über sechs vergeblich bestrahlte Fälle von angeblichen Myomen, die keine sind, d. h. vom Uterus nicht differenzierbare solide Ovarialtumoren. Gute Erfolge, jedoch keine Heilungen sah Vortragender von der Bestrahlung inoperabler maligner Ovarialtumoren.)

45. — Demonstration von Präparaten zur Frage „Myome und Röntgenstrahlen". Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. in München. Sitzg. vom 7. Juli. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 5. p. 589. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 37. p. 1223. (Operativ zu behandeln: 1. Myome, bei welchen maligne Degeneration des Myoms oder Kombination von Myom mit maligner Degeneration der Uterusschleimhaut besteht oder vermutet wird; 2. submuköse Myome mit starken Blutungen, die durch die Röntgenbehandlung nicht vermindert werden; 3. Myome bei jungen Frauen wegen Zerstörung des Ovarialgewebes durch Röntgenstrahlen und der damit verbundenen Aufhebung seiner wichtigen Funktionen für das Allgemeinbefinden; 4. Myome bei zweifelhafter Diagnose des vorhandenen Tumors oder bei eventuellem Verdacht auf Kombination von Myom mit anderen ernsteren Tumoren [maligne Ovarialtumoren]. Klein hat an einem Material von über 500 Myomen in 7 % der Fälle maligne Degeneration gefunden. Er hat mehrfach eine Röntgenperitonitis beobachtet: akute Schwellung, Rötung, ja sogar Auflagerungen auf dem Peritoneum, wahrscheinlich durch Aufflackern schon bestehender chronischer Entzündungen verursacht.)

46. Klynens, Die Röntgenbehandlung der Myome und die Spätreaktionen. Soc. belge de Radiologie. Ref. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 19. p. 98. Therapeut. Monatshefte. 26. Jahrg. Heft 10. p. 729. (6—10 Monate nach intensiver Tiefen-Filterbestrahlung treten tiefe, sehr hartnäckige und äusserst schmerzhafte Geschwüre der

Bauchhaut auf und beweisen, dass ein forziertes Bestrahlen mit harten filtrierten Strahlen durchaus nicht die gleichgültige Sache ist, als die es von manchen Seiten hingestellt wird.)

47. Koblanck, A., Diskussion zur Röntgenbehandlung in der Gynäkologie. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 10. Mai. Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. Heft 2. p. 492. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 1. p. 25. (Wendet sich gegen die von Mackenrodt erwähnte Darmstörung als Röntgenschädigung. Darüber soll in den 17 Jahren nichts bekannt geworden sein. Anders zu bewerten ist jedoch als Gegenanzeige gegen das Röntgenverfahren die Häufigkeit der sarkomatösen Entartung und das Vorkommen von Karzinom im myomatösen Uterus. Diese Einwände kann man aber auch gegen die Enukleation machen. Koblanck ist von der Enukleation zurückgekommen, nachdem er oft Rezidive und auch sarkomatöse Entartung beobachtet hat.

48. Kosminski, E., Die Röntgentherapie der Myome. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Festnummer. z. VI. internat. Gyn.-Kongr. in Berlin. Bd. 36. p. 236. (Bemüht sich nachzuweisen, dass man die altbewährte Operation mit Unrecht beiseite stossen will. Er macht den Vergleich zwischen den verschiedenen Techniken und beschreibt schliesslich seine eigene. Er kommt auf Grund der bisherigen Literatur (anscheinend mehr wie aus eigener Erfahrung) zu dem Schluss, dass bei manchen Patientinnen die Röntgenbestrahlung zwar als eine gefahrlose und wirkungsvolle Behandlungsmethode zu betrachten ist, dass aber in der Mehrzahl der Fälle doch die Operation vorzuziehen sein wird.)

49. Krinsky, Ein klinischer Beitrag zur Pathologie der gynäkologischen Röntgenbehandlung. Strahlentherapie Bd. 1. p. 477.

50. Krönig, B., Röntgenbehandlung der Myome. In Pentzold und Stintzing, Handbuch der gesamten Therapie, Bd. 7. p. 533.

51. — und C. J. Gauss, Operationskastration oder Röntgenbehandlung der Myome. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 14. p. 762. (Verff. richten sich gegen v. Herff [Ebenda Nr. 1. p. 1]. S. oben Nr. 33. Sie wollen mit der Röntgenbehandlung der Myome bisher noch keine Misserfolge betreffs Sistierung der Blutungen gehabt haben. Da wahrscheinlich bei der Röntgenbehandlung nur der Follikelapparat insoweit geschädigt wird, als die Menstruation und die Konzeptionsfähigkeit ausbleiben, aber nicht die sonstigen Eigenschaften des Ovariums, vor allem seine Funktion der inneren Sekretion nicht gestört wird, so fehlen bei der Röntgenbehandlung der Myome die typischen Ausfallserscheinungen kastrierter Frauen. Die Ausfallserscheinungen bei der Röntgenamenorrhoe decken sich mit denen der uteriprivierten Frauen, sind also nicht schlimmer, eher weniger stark als die Ausfallserscheinungen der wegen Myom hysterektomierten Frauen. Dauerschädigungen sind bis jetzt, nach vier Jahren, noch nicht beobachtet worden. Fehldiagnose soll bis jetzt noch nicht vorgekommen sein. Es ist theoretisch nicht von der Hand zu weisen, dass Sarkome in gleicher Weise wie die Myome auf intensive Tiefenbestrahlung antworten.)

52. — — Zur Röntgenbehandlung der Myome. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 20. p. 940. (Stellungnahme zu den Angriffen in der Berliner geburtshilflichen Gesellschaft und auf dem Röntgenologenkongress. Die Freiburger, als „Filter-Nah-Kreuzfeuer" zu bezeichnende Methode, soll sich prinzipiell von allen bisher veröffentlichten unterscheiden und zwar durch die Kombination der drei für eine optimale Tiefenwirkung notwendigen Ingredienzien: a) die Strahlenfiltration mit 3 mm Aluminiumfilter, b) die Nahbestrahlung bei 20 cm Fokushautabstand, c) die Kreuzfeuerwirkung durch möglichst zahlreiche Einfallspforten. Die operative Therapie habe aufgehört, das Verfahren der Wahl bei der Behandlung der Myome und hämorrhagischen Metropathien zu sein. Die operative Therapie bleibe heute nur noch für wenige Ausnahmefälle reserviert, in denen besondere Gründe die Radiotherapie als ungeeignet erscheinen lassen.)

53. Kuntzsch, K., Röntgenbehandlung in der Gynäkologie. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 22. März. Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. Heft 1. p. 222. (Berichtet über drei Fälle, bei denen einmal die Röntgenbehandlung den Tod der Patientin zur Folge hatte und zweimal ihn bedingt hätte, wenn sie, wie beabsichtigt, angewandt worden wäre. Im ersten Fall handelte es sich um eine Fehldiagnose und lag ein Ovarialkarzinom vor; im zweiten barg das aufgeschnittene Myom in seinem Innern ein apfelgrosses Karzinom und im dritten waren Stieltorsion, Nekrose und Verwachsungen aufgetreten und war schon eine erhebliche Peritonitis, ohne klinische

Anzeichen, da. Die Resultate der operativen Myomtherapie gehören zu den glänzendsten und hervorragendsten Leistungen, die die Gynäkologie überhaupt kennt.)

54. Laquerrière, La radiothérapie dans le fibromyome utérin. Journ. de méd. de Paris. 1911. Nr. 31.

55. — La Technique et les indications de la radiothérapie du fibrome. Congrès pour l'avanc. des sciences, à Nimes. Août. Ref. La Presse méd. Nr. 67. p. 688. (Die Methode soll zwecklos sein unterhalb des 40. Lebensjahres.)

56. Laquerrière et Loubier, Quelques observations de fibromes traités par la radiothérapie. Congrès pour l'avanc. des sciences, à Nimes. Août. (Mitteilung von Fällen, bei denen mit ungewöhnlich kleinen Dosen ein genügendes Resultat erreicht wurde, von einem Fibrom, das kleiner wurde, bevor das Ovarium beeinflusst worden war usw.)

57. Levy-Dorn, M., Diskussion zu Falk, Demonstration zur Röntgenbehandlung der Myome. Berl. med. Ges. 28. Febr. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 11. p. 517. (Falks Fälle sollen nicht lang genug bestrahlt und zu früh operiert sein; sie können also nicht als Beweis dafür angeführt werden, dass die Röntgenstrahlen die Myome nicht günstig beeinflussen. Bei dauernder Beobachtung der Patientin und technisch richtiger Ausführung sei die Röntgenbehandlung harmlos.)

58. Lomer, F. R. J., Myomatöser Uterus, dem ein kindskopfgrosses, subseröses, stielgedrehtes Myom aufsitzt, ungeeignet zur Röntgenbehandlung. Geb. Ges. zu Hamburg. Sitzg. vom 15. Okt. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 3. p. 102. (Demonstration von diesem und noch drei anderen Fällen von Uterusmyomen, welche nicht für die Röntgenbehandlung geeignet. Diskussion: Rüder und Grube erwähnen ähnliche Fälle.)

59. Mackenrodt, A., Zur Frage der konservativen Myombehandlung. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 8. März und 26. April. Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. Heft 1. p. 186 und Heft 2. p. 470. Zentralbl. f. Geb. u. Gyn. Nr. 50. p. 1692 und 1913 Nr. p. 28. (Begründung der Stellung des Verf. zu dem Röntgenverfahren bei Myom. In einem Drittel der Fälle positive Resultate, zwei Drittel waren Misserfolge. Vortr. beobachtet dieselben Schwankungen in der Grösse der Myome, wie sie nach der Röntgenbehandlung eintritt, auch nach der Menstruation. Versuch der Klarstellung der unsicheren Indikationsstellung. Unter 418 operierten Myomfällen wurden in 6 % Kombination mit Karzinomen, in 1,7 % [resp. 4 %] mit Sarkom, in 20,8 % mit Ovarialtumoren, in 4,3 % mit Pyovarien und Pyosalpingen beobachtet. Tuberkulose einmal, Appendizitis viermal, Pyometra und perniziöse Jauchung zweimal usw. Es blieben nur 21 Fälle, welche nach genauer Untersuchung für den Versuch der Röntgenbestrahlung mit wahrscheinlichem Erfolge in Frage kämen. Die Mortalität bei allen operierten Fällen betrug 4,8 %.) — Vortr. hat bei 291 Fällen von radikal operierten Myomen eine Mortalität von 6,7 % und bei den mit konservativen Operationen behandelten 1,2 %. Zu letzterem Verfahren rechnet er die Curettage, vaginale und abdominale Enukleationen und partielle Korpusresektionen. Die schwankenden Ansichten über die verschiedenen Operationsmethoden der Myome neigen sich immer mehr zu gunsten der konservativen. M. empfiehlt besonders die Enukleation mit Drainage der Höhle nach der Scheide zu. Er hat unter 147 Enukleationen nur fünfmal Rezidive gesehen; eine grosse Zahl der Frauen hat später wieder geboren. Auch die partielle Korpusresektion ist zu empfehlen. Vortr. kommt dann auf die Bestrahlungstherapie und die Indikationsstellung zu derselben von Menge zurück und kann sich nicht zu ihr bekennen. Er glaubt, die Mengesche Indikationsstellung werde sehr wesentlich eingeschränkt werden müssen und hebt die folgenden Sätze hervor: 1. Die Bestrahlung wirkt durch die Verödung der Ovarien; wo diese unerwünscht ist, kann die Bestrahlung nicht indiziert sein. 2. Die Bestrahlung hält in vielen Fällen nicht die Entwickelung der Myome auf, sondern bessert nur einige Symptome. 3. Missgriffe in der Anwendung der Bestrahlung sind unvermeidlich. Endlich hat die Bestrahlung wahrscheinlich unerwünschte Nebenwirkungen. M. beobachtete einen Fall von zunehmender Abmagerung trotz aller Mittel. Nach vaginaler Uterusexstirpation hörte die Abmagerung nicht auf. Sollten da etwa die Darmdrüsen verödet sein? Auch profuse Durchfälle nach der Bestrahlung werden beobachtet. Die Röntgentherapie hat auch heute schon eine Mortalität, wenn dies auch bestritten wird. Dieselbe ist nicht nur in Zufälligkeiten [Embolie], sondern hauptsächlich durch die Irrtümer einer ungenauen Diagnose begründet. Vortragender gibt dann seine eigene Indikationsstellung zur Myombehandlung. Diskussion: Henkel, Koblanck, Runge, P. Strassmann, Nagel, Bumm, Gottschalk.)

60. Menge, C., Spezielle Indikationsstellung der Röntgentherapie bei Myomatosis uteri. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 19. Nov. 1911. Als Original erschienen: Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 291. (Eymer und Menge.) Diskussion: v. Herff, Gauss, Heil, Sellheim, v. Franqué, Zangemeister, Reifferscheid, Sippel und Walthard. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 367. (Die Myome sind nach ihrer klinischen Wertigkeit in drei Gruppen zu teilen. Die erste Gruppe umfasst die Myome, welche nur sehr geringe Beschwerden machen und die kein rascheres Wachstum aufweisen. Hiervon werden nur „junge" Frauen, die grosse Tumoren haben oder steril sind, oder habituell abortieren. operativ behandelt. Die zweite Gruppe umfasst alle Myome, die erträgliche Beschwerden verursachen, und die keine allgemeinen Gesundheitsschädigungen mit sich bringen. Davon werden symptomatisch behandelt „junge "Frauen mit kleinen Tumoren. Operiert werden [mit Erhaltung der Ovarien] „junge" Frauen mit grossen Tumoren. Und schliesslich werden mit Röntgenstrahlen behandelt alle älteren Frauen, die in diese Gruppe hineingehören. Die dritte Gruppe umfasst alle rasch wachsenden Myome, ferner die Myome, welche allgemeine Gesundheitsschädigungen und Störungen an Herz und Niere veranlassen. Diese sind alle behandlungsbedürftig. Operiert werden alle „jungen" Frauen [wenn möglich Enucleatio abdominalis, auch bei bestehender Gravidität und mit Erhaltung von Ovarialsubstanz]; die über 40 Jahre werden bestrahlt, wenn nicht irgendwie bedrohliche Raumbeschränkung im kleinen Becken, Vereiterung, Verjauchung oder maligne Degeneration der Myome vorliegt. Auch alle submukös-polypös entwickelte Uterusmyome und alle Adenomyome werden ohne weiteres operativ entfernt. Ob frischere entzündliche Veränderungen der Adnexe als Kontraindikation der Bestrahlungstherapie zu gelten haben, ist noch zu entscheiden. Auch ältere Patienten, die weitgehend ausgeblutet sind, soll man mit einer energischen Bestrahlungsbehandlung anfassen. Menge hat damit noch glänzende Erfolge erzielt. Manchmal kommt es bei solchen ausgebluteten Frauen nach der ersten und auch noch nach der zweiten Bestrahlungsserie zu einer heftigen Menorrhagie, die man aber durch Bettruhe etc. sowie durch dreiste Bestrahlung in der Hand hat. Diskussion: Gauss sah in der Freiburger Frauenklinik auf 280 Myome nur fünfmal sarkomatöse Veränderungen auftreten, also nur in 1,8 % der Fälle. Sellheim sah bei etwas mehr als einem Dutzend bestrahlter Myomfälle gute Resultate. v. Franqué nimmt die Prozentzahl der sarkomatösen Degenerationen der Uterusmyome auf 3—6 % an; er ist geneigt, die angebliche klinische Harmlosigkeit der Myome in der Menopause mit einem Fragezeichen zu versehen und glaubt, dass dies auch für eine künstliche Menopause durch Röntgenbehandlung gilt. Reifferscheid sah ausgezeichnete Resultate von der Röntgenbehandlung der Myome; dass sie lange dauert bis zum Erfolg, ist kein Nachteil; um so geringer sind die Ausfallserscheinungen. Sippel stimmt v. Herff in seiner Gegenüberstellung von Röntgen- und operativer Kastration bei. Walthard sah unter 20 Myomfällen, welche wegen starken Wachstums des Tumors operiert wurden, fünfmal vorher nicht als solche erkannte Sarkome; diese Diagnose wurde durch den Rezidivtod drei dieser Patientinnen bestätigt. Er entfernt bei der abdominalen Totalexstirpation prinzipiell die Ovarien mit, da er den Ausfallserscheinungen keine wesentliche Bedeutung für die Lebensführung der Operierten beimessen kann. Nach Eymer geht, wenn auch die Substanz des Uterus resp. des Myoms selbst beeinflusst wird, doch der Hauptweg der Einwirkung auf die Myome über das Ovarium.)

61. Merkel, F., Demonstration eines trotz Röntgenbestrahlung operierten Uterusmyoms. Ärztl. Verein zu Nürnberg. Sitzg. vom 15. August. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 51. p. 2842. (Patientin war ¼ Jahr lang mit Röntgenbestrahlung behandelt; wegen Herzstörung und rapidem Kräfteverfall musste operiert werden. Tumor 8½ Pfund schwer. Heilung.)

62. Meyer, R., Myom und Röntgenbestrahlung. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 22. März. Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. Heft 1. p. 219. (Meyer hat sechs vergeblich bestrahlte Fälle von Uterusmyomen mikroskopisch untersucht und stets eine Atrophie der Muskelzellen und Vermehrung der Fibrillen (Sklerose) gefunden. Daraus ist auf einen elektiven Einfluss der Röntgenstrahlen auf die Struktur der Myome zu schliessen. Die Beeinflussung der Ovarien ist weniger klar zu entnehmen, da es sich um Frauen von 43—50 Jahren handelte; einmal waren die Ovarien wenig beeinflusst; sonst degenerierte Eizellen und wenig Follikel. Die Ursache der Blutung scheint trotz des unleugbaren Einflusses der Röntgenstrahlen nicht immer getroffen

zu werden; auch kommen Uterusblutungen aus allgemeineren Ursachen vor, wie Leukämie, Hämophilie.)

63. Meyer, R., Beitrag zur Kenntnis der Röntgenstrahlenwirkung auf die anatomische Struktur des menschlichen Uterus und der Ovarien. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 529.

64. Meyer, La radiothérapie des fibromes utérins. Thèse de Paris. 1911.

65. Nagel, W., Diskussion zu Mackenrodt, Zur Frage der konservativen Myombehandlung. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 10. Mai. (Siehe unter „Myom".)

66. Nemenow, M., Über die Behandlung von Fibromyomen und Uterusblutungen mit Röntgenstrahlen. Russki Wratsch. Nr. 16 u. 17. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1913. Nr. 12. p. 663 und Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 32. p. 1517. (Bericht über neun Fälle [von 13], die als geheilt angesehen werden können. Nach dem Verf. ist bei Metrorrhagien der vorklimakterischen Zeit die Röntgenbehandlung angezeigt, ebenso bei Frauen mit Fibromyomen, wenn eine Operation aus allgemeinen Gründen bedenklich erscheint. Bei sonst gesunden Myomkranken über 40 Jahre alt ist Röntgenbehandlung in gleicher Weise indiziert, wie auch die Operation, bei jüngeren Frauen nur ausnahmsweise. Submuköse Myome sind für Röntgenbehandlung ungeeignet. Bei Dysmenorrhoe und Metrorrhagien jüngerer Frauen ist die Röntgentherapie angezeigt, wenn alle anderen Mittel versagen. Die Salpingooophotritis scheint der Röntgenbehandlung nicht zugängig zu sein.)

67. Opitz, E., Behandlung der Myome. Med. Ges. in Giessen. Sitzg. vom 21. Mai. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 46. p. 2197. (In Anbetracht der Schwierigkeiten in der Diagnose der Komplikationen bei Myomen ist die Empfehlung der gewiss sehr wirksamen Röntgenbehandlung nicht in jedem Falle angebracht. Jüngere Frauen besonders sind nicht immer dieser Behandlung zugänglich, auch ist von schweren Ausfallserscheinungen, Schädigungen des Darmes und des Peritoneums berichtet worden. In manchen Fällen wird man mit gutem Gewissen weiter die Operation befürworten können, zumal die primären und dauernden Heilerfolge nichts zu wünschen übrig lassen. Opitz verfügt über eine fortlaufende Reihe von 83 Myomoperationen ohne Todesfall. Er bevorzugt die abdominale Totalexstirpation. Demonstration einiger operierter Myome, darunter eins von 17 kg schwer.)

68. Oudin et Zimmern, Radiothérapie et ménopause artificielle dans le traitement du fibrome et des hémorragies à l'âge critique. Journ. de méd. de Paris. 1911. Nr. 24.

69. Peham, H., Über Uterusmyome und ihre Behandlung. Wiener med. Klinik. 1911. Nr. 15. (Röntgenbehandlung empfohlen; nicht ambulatorisch, da zu Beginn der Bestrahlung abundante Blutungen eintreten können [zwei Fälle mit tödlichem Verlauf]. Soll auch sofort nach Beendigung der Menstruation einsetzen, da ein späterer Beginn, besonders ein solcher kurz vor derselben, eine Verstärkung der Blutung bedingt. Nachteil der Röntgenbehandlung ist die lange Dauer.)

70. Pernet, R., Anwendung der Röntgenstrahlen in der Gynäkologie. Ges. f. Geb. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 22. März. Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. Heft 1. p. 211. (Vortr. weist auf die Heilwirkung, die in der radikalen operativen Behandlung liegt. Empfiehlt eine Vorkur zur Operation bei stark ausgebluteten Myomen und hat dann keine Patientin durch die Operation verloren.)

71. Regaud, Nogier et Lacassagne, Darmläsionen infolge von Röntgenbestrahlung. Arch. d'électr. méd. Nr. 343. p. 321. (Die Autoren experimentierten am Hunde, dessen Magen- und Darmschleimhaut der menschlichen ähnlich ist und fanden, dass durch Röntgenbestrahlung schwere Veränderungen im Verdauungstraktus bewirkt werden. Die Bestrahlungen erfolgten mit harten Röhren, unter Aluminiumfiltration; die Dosen entsprechen zum Teil den üblichen therapeutischen Dosen, teils waren sie höher. Die Befunde ergaben, dass die gastrointestinale Schleimhaut durch Röntgenbestrahlung sehr rasch geschädigt wird. Die Schädigungen treten besonders deutlich an den Zotten des Dünndarms zutage, an den Lieberkühnschen Drüsen und an den lymphoiden Elementen der Schleimhaut. In den Dünndarmzotten zeigte sich eine eigentümliche Lostrennung des Epithels vom Stroma, Schrumpfung des Stromas und Zerstörung der verschiedenen Zellarten. An besonders stark getroffenen Partien waren die Zotten selbst völlig verschwunden. Die Schädigungen an den Lieberkühnschen Drüsen erscheinen besonders bedeutungsvoll. Eine hohe Dosis X-Strahlen kann innerhalb einiger Tage das restlose Verschwinden dieser Drüsen bewirken. Die drüsigen Elemente gehen durch Nekrobiose und Resorption der epithelialen Zellen zugrunde. Mittlere und selbst schwache Dosen führen zu einer Verkleinerung der Drüsen infolge von Zerstörung eines Teiles der Zellen und Verminderung

des Volumens der übrig gebliebenen Zellen. Auch die lymphoiden Elemente der Darmschleimhaut zeigen sich erheblich verändert, doch scheinen sie nicht ganz so empfindlich gegen X-Strahlen zu sein, als im Hinblick auf die hohe Radiosensibilität des lymphatischen Gewebes in Milz, Knochenmark etc. erwartet werden könnte. Die Intensität der Schädigungen des Darmes ist verschieden, je nach der Lage, die die Darmschlingen während der Bestrahlung in bezug auf die Strahlungsquelle einnehmen. In den am meisten betroffenen Partien kommt es leicht zu Perforationen.)

72. Rosenfeld, F., Die Röntgentherapie in der Gynäkologie. Med. Korrespondenzbl. d. Württemberg. ärztl. Landesvereins. Nr. 1. Deutsche Ärzteztg. Nr. 8. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35. p. 1128 u. 1131. (Genaue Mitteilung der Technik, eine Modifikation der Albers-Schönbergschen und der Fränkelschen Methode. Rosenfeld hält Myome im präklimakterischen Alter für besonders geeignet für die Bestrahlung, sah aber auch bei starken Menorrhagien neben gleichzeitiger Lungen- und Peritonealtuberkulose ein Schwächerwerden der Blutungen nach seiner Röntgenbestrahlung. 5 Fälle.)

73. Runge, E., Die Verwendung der Röntgenstrahlen in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Wiener klin.-therap. Wochenschr. Nr. 1.

74. — Röntgenbehandlung der Uterusmyome. Wiener med. Klin. Nr. 27. Ref. The Brit. med. Journ. Dec. 7. Epitome of current med. litt. p. 83. (Mittelst der Röntgenbestrahlung soll Atrophie der Ovarien mit konsekutiver Schrumpfung der Myome, sowie Abnahme der Blutung, wie bei der Hegarschen Kastration erreicht werden. Ein direkter Einfluss der Strahlen auf das Myom ist nicht ausgeschlossen. Kontraindikation gegen die Bestrahlungsbehandlung sind: 1. Verdacht auf sarkomatöse Degeneration des Myoms oder Karzinom des Uterus; 2. Nekrose des Myoms; 3. Zweifelhaftigkeit der Diagnose; 4. ausserordentlich grosse Myome bei jungen Frauen; 5. submuköse Myome; 6. Kompressionssymptome, welche sofortiges Eingreifen erfordern; 7. Nebenerscheinungen der Röntgenbestrahlung [diese erfordern aber oft nur zeitweises Aussetzen der Bestrahlung]; 8. Adnexerkrankung; dabei muss jeder Fall individuell auf die Zweckmässigkeit der Röntgenbehandlung geprüft werden; 9. bei bereits grossem Blutverlust; 10. wenn die soziale Stellung der Patientin rasche Hilfe erfordert. Die Vorteile der Röntgentherapie liegen in der absoluten Gefahrlosigkeit in vorsichtigen Händen, darin, dass sich für nervöse Patientinnen die Operation umgehen lässt, die sie fürchten und dass sie in solchen Fällen angewendet werden kann, wo das Vorliegen einer anderen Erkrankung eine Kontraindikation gegen Operation abgibt. Der Erfolg wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Je älter die Patientin, um so eher ist die Atrophie der Ovarien erreicht und um so besser ist der Erfolg. Auch die Grösse des Tumors und die Entfernung der Ovarien von der Oberfläche spielen eine Rolle. Bei jungen Frauen ist meist die erste oder zweite Regel nach Anfang der Bestrahlung stärker wie vorhin, aber sie wird bei jedem weiteren Auftreten weniger stark. Wenn nach sechsmaliger Bestrahlung der Blutverlust nicht bedeutend geringer geworden oder Amenorrhoe erreicht ist, ist die Hoffnung auf Erfolg gering. Eine Besserung der Schmerzen hält mit der Abnahme der Blutung gleichen Schritt. Die Ausfallserscheinungen sind im wesentlichen nicht schlimmer wie die der physiologischen Menopause. Unter 93 Fällen wurde bei 9 die Bestrahlung nicht bis zum Ende durchgeführt. Von den übrigen 84 wurde bei 39 Amenorrhoe erreicht. Die Blutung wurde sehr gering bei 13, normal bei 18 Frauen. Also war das Resultat günstig in 70 Fällen. In 10 Fällen hat die Bestrahlung keinen Erfolg gehabt, in 5 davon wurde bereits die Operation vorgenommen. In einem von diesen Fällen wurden die Ovarien vollkommen atrophiert gefunden. Der Misserfolg der Bestrahlung ist an dem Vorhandensein eines submukösen und eines nekrotischen, in der Nähe der Mukosa gelegenen Myoms zuzuschreiben. In 19 der 84 Fälle konnte mit Sicherheit eine Abnahme in Grösse der Myome festgestellt werden. — Technisches.)

75. — Röntgentherapie in der Gynäkologie. VI. Internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 9.—13. Sept. Die Röntgenbehandlung ist kein Allheilmittel. Bei 100 Myomen erzielte Runge in 75 Fällen Erfolg. Eine Verkleinerung der Geschwulst findet sich aber nur in der Hälfte. Besonders zu warnen ist vor Anwendung hoher Dosen, denn eine Schädigung von Blase und Darm, sowie umfangreiche Verwachsungen sind zu fürchten.)

76. — Diskussion zum Vortrage von H. Haendly: Die therapeutische Verwendung der Röntgenstrahlen in der Gynäkologie. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 13. Dez. Ref. Berl. klin. Wochenschr. 1913. Nr. 3. p. 132. (Runge gibt an der Hand

grösserer Tabellen eine Übersicht über die Erfolge der Röntgenbehandlung bei Blutungen aus dem Material der Charité, speziell auch über die Schädigungen der Haut. Unter 4000 Applikationen hat er nur einmal Ekzem und einmal Bläschenbildung beobachtet.)

77. Runge, E., Konservative Behandlung der Uterusmyome mittelst Röntgenstrahlen. Med. Klinik. p. 1107.

78. Saretzky, S. G., Kurze Übersicht des gegenwärtigen Standes der gynäkologischen Röntgentherapie. Russky Wratsch. Nr. 11. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 21. p. 817.

79. Schmidt, H. E., Anwendung der Röntgenstrahlen in der Gynäkologie. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 22. März. Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. Heft 1. p. 213. (Künstliche Anämisierung der Haut durch Adrenalininjektion oder Kompression. Von 19 Myomen wurden 15 mit Erfolg, 4 ohne Erfolg bestrahlt. Hinsichtlich der Blutung wurden in 76 % von 25 Fällen ein günstiger Erfolg erzielt. Die älteren Patientinnen reagierten schneller. Von fünf Menorrhagien ohne Myom wurden vier mit Erfolg behandelt. Die Behandlungsdauer hat zwischen einer Woche und 12 Monaten geschwankt. Einige Fälle über zwei Jahre rezidivfrei; in einem trat aber nach $2\frac{1}{2}$ Jahren wieder Blutung ein.)

80. Siegel, Dauererfolge in der gynäkologischen Radiotherapie. Strahlentherapie. Bd. 1. H. 1.

81. Siredey, M. A., Sur le traitement des fibromyomes utérins. Arch. d'électr. méd.-expér. et clinique. 1911. Nr. 309. 10 Mai.

82. — Radiotherapie des fibromes. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Séance du 11 Nov. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de Gyn. de Paris. Nr. 8. p. 832. La Presse méd. Nr. 97. p. 986. Deutsche med. Wochenschr. 1913. Nr. 5. p. 248. (Siredey hat 59 Patienten, worunter 39 Myomkranke, mit Röntgenstrahlen behandelt. Bei 19 Fällen von klimakterischen Blutungen mit hypertrophischem Uterus stand die Blutung und der Uterus verkleinerte sich. Eine Myombestrahlung bei einer Herzkranken, die deswegen nicht operiert werden konnte, brachte einen vollständigen Misserfolg, zwei Patientinnen liessen sich operieren während der Behandlung, in allen übrigen Fällen eine deutliche Besserung der Beschwerden, Grössenabnahmen des Tumors und Stillstand der Blutung bemerkbar. Siredey widerrät die Bestrahlung besonders bei grossen und multiplen Myomen, bei solchen, die im Becken liegen und dadurch schwer erreichbar sind und bei Myomen, die schnell wachsen. Diskussion: Boissard hat in zwei Fällen ausgezeichnete Resultate erzielt.)

83. Strassmann, P., Diskussion zu Mackenrodt: Zur Frage der konservativen Myombehandlung. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 10. Mai. (Siehe unter „Myom", Nr. 167.)

84. — Anwendung der Röntgenstrahlen in der Gynäkologie. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 22. März. Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. Heft 1. p. 201. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 50. p. 1696. (Vortr. rät denjenigen Ärzten, welche sich mit der Röntgenbestrahlung beschäftigen, vorher die Haftpflichtversicherung auf diesen Teil ihrer ärztlichen Praxis auszudehnen; denn man weiss nicht, was später aus dieser Art der Bestrahlung noch abgeleitet werden kann. Ein Viertel der Myomkranken wurden bestrahlt [23]; davon hat bei 18 das Röntgenverfahren entschieden geholfen. In den letzten fünf Jahren fand Vortragender unter 295 Myomkranken bei 11 % Komplikationen. Indikationsstellung der Bestrahlung.)

85. Veit, W., Anwendung der Röntgenstrahlen in der Gynäkologie. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 22. März. Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. Heft 1. p. 209. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 50. p. 1698. (Unter fünf Fällen klimakterischer Blutungen drei volle Erfolge, ein vollständiger Misserfolg und ein Rezidiv. Bei neun Myomen wurde in keinem Falle Amenorrhoe erreicht, wohl in vier Fällen Abnahme der Blutungsdauer und der -Stärke; eine Beeinflussung hinsichtlich der Grösse wurde nicht konstatiert. Zwei vollkommene Misserfolge. In einem Falle soll sich das Myom unter dem Einfluss der Röntgenstrahlen vergrössert haben.)

86. Weber, F., Die Röntgentherapie in der Gynäkologie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 14. p. 745. Diskussion: Döderlein, Sielmann im Ärztl. Verein München. Sitzg. vom 7. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 16. p. 901. (15 durch die Radiotherapie aufs günstigste beeinflusste Myomkranken berechtigen dazu, für die Leistungsfähigkeit der Röntgentherapie in der Myombehandlung einzutreten. Bei allen Frauen mit richtig ausgewählten Myomen lässt sich in kürzerer oder längerer Zeit

eine deutlich erkennbare Beeinflussung der Periodenblutung beobachten. Hand in Hand damit pflegt in der Regel zu gehen ein ausserordentlich schnelles und meist dauerndes Schwinden sämtlicher Leiden, namentlich der oft so enormen Menstrualbeschwerden. In vielen Fällen wurde eine allerdings in der Regel sehr langsam sich vollziehende Verkleinerung der Tumoren beobachtet. Ein restloses Verschwinden wurde nicht erzielt. Bei den Frauen, die schon im Beginn oder unmittelbar vor der Klimax stehen, tritt ein Heileffekt viel eher in Erscheinung, als dies bei jüngeren Individuen der Fall zu sein pflegt. Die Widerstandskraft der Ovarien scheint mit zunehmendem Alter abzunehmen. Natürlich blieben auch Misserfolge nicht aus. Einmal musste wegen zunehmender Stärke der Blutung der Uterus exstirpiert werden. Ausfallserscheinungen wurden nur bei den allerwenigsten Frauen beobachtet und auch da, wo sie auftraten, waren sie nur ganz unbedeutend. Dagegen liessen sich während der Bestrahlungen bei einzelnen Patientinnen nervöse Beschwerden feststellen. Es wurde noch in kleinen Dosen bestrahlt. Diskussion: Döderlein äussert sich gegen v. Herff [cf. Nr. 33]. Sielmann hat gleich gute Resultate. Nur ist es nach seinen Erfahrungen nicht richtig, dass, je älter das Individuum, desto besser die Reaktion auf Röntgenstrahlen; wenigstens trifft das nicht immer zu. Die Ausfallserscheinungen sind stärker, wenn es sich um ohnedies neuropathisch veranlagte Frauen handelt.)

87. Wetterer, J., Der gegenwärtige Stand der Röntgentherapie in der Gynäkologie. Arch. f. phys. Med. Nov. (Durch Parallelversuch konnte Verf. feststellen, dass die Schnellsterilisierung der an Myom oder Metrorrhagien leidenden Frau kein erstrebenswertes Ziel darstellt und zwar aus dem Grunde, weil die Ausfallserscheinungen erheblich stärker auftreten als in solchen Fällen, in denen die artefizielle Klimax langsamer herbeigeführt wird.)

88. — The Roentgentherapy of uterine myoma. Arch. of Roentgen Ray. Vol. 16. Nr. 10.

89. Zöllner, H., Therapie der Myome. Allgem. ärztl. Verein zu Köln. Sitzg. vom 17. Juli. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 38. p. 2081. (Sechs Fälle von Röntgenbestrahlung; Erfolg sehr gering. Nur eine Heilung, alle anderen zeigten nach anfänglicher Besserung Verschlimmerung, besonders des Hauptsymptoms: der Blutungen. Als Vorbereitung zur Operation gibt die Röntgenbestrahlung aber sehr gute Resultate [Krankengeschichte einer Patientin mit Myom und Myodegeneratio cordis). 10 operierte Fälle von Myom, 6 durch vaginale, 4 durch abdominale Totalexstirpation. Wenn aber möglich, Enukleation. Vortr. hält die Myome klinisch für bösartige Geschwülste; sie ruinieren über kurz oder lang sicher die Trägerin: schwere Anämie, Myodegeneratio cordis, Thrombosen, Embolien, Verjauchung und andere Degenerationen. Z. tritt für Frühdiagnose und Frühoperation ein. Er nimmt bei der Totalexstirpation wegen Myom die Ovarien stets mit, da er ein paarmal wegen Tumorentwickelung in den zurückgelassenen Ovarien nachoperieren musste. Die Ausfallserscheinungen wurden dadurch nicht stärker. Wenn möglich, operiert Vortragender stets vaginal, da er die Erfahrung gemacht hat, dass geschwächte und fette Patientinnen dies besser vertragen. Seitdem er die Totalexstirpation ohne einen Seidenfaden durchführt, hat er keine Todesfälle mehr gesehen.)

Es sind schon in diesem Jahr grössere Statistiken über die Erfolge der Röntgentherapie der Myome veröffentlicht worden. Erwähnt seien die von Gauss (21a, 62 nachuntersuchte Fälle), Haendly (26, 80 Fälle), Haenisch (28, 50 Fälle), Jung (41, 49 Fälle), Kelen (42, 556 Fälle), Nemenow (66, 13 Fälle), Runge (75, 96 Fälle), Schmidt (79, 19 Fälle), Strassmann (84, 23 Fälle) und andere. Sowohl in bezug auf die Blutungen wie auf die Grössenabnahme der Tumoren wurden von fast allen Seiten gute Erfolge erzielt. Nur zu der letzteren verhalten sich Fränkel [Diskussion zu Immelmann (39)], Abel [Diskussion zu Immelmann (39)], Kelen (42), Mackenrodt (59), Runge (74), Schmidt (79), W. Veit (85) und Weber (86) etwas skeptisch. W. Veit hat sogar in einem Falle unter Einfluss der Röntgenstrahlen ein Myom sich vergrössern sehen, Füth (20) ebenfalls in zwei Fällen, während Mackenrodt behauptet, dieselben Schwankungen in der Grösse der Myome, wie sie nach der Röntgenbehandlung eintreten, auch nach der Menstruation zu beobachten. Nach Kelen hören sie wenigstens ausnahmslos alle zu wachsen auf. Besserung der Blutungen, Rückkehr zur normalen Stärke und zum normalen Typus und sogar Übergang zur Amenorrhoe wurde von allen Autoren beobachtet. Nur Zöllner (89) behauptet, immer nur eine zeitweise Besserung der Blutungen gesehen zu haben; in fünf von sechs Fällen später wieder Verschlimmerung. Besonders die Metror-

rhagien und präklimakterischen Blutungen werden von den Röntgenstrahlen günstig beeinflusst; de Bovis (7), Bumm (8), Gräfenberg (24), Haendly (26), Kelen (42), Sielman [Diskussion zu Klein (45)], Döderlein [Diskussion zu Klein (45)], Rosenfeld (72), Runge (74), Siredey (82) und Weber (86) halten sie für diese Fälle besonders indiziert. Bei Dysmenorrhoe haben Fränkel (19) und Gräfenberg (24) gute Resultate erzielt, Eymer und Menge (12) dagegen nicht und auch Runge (74) hatte in fünf Fällen ausnahmslos Misserfolge. Nach Fränkel (19) soll nur bei der Dysmenorrhoe ovariellen Ursprungs ein Effekt zu verzeichnen sein. In dieser Beziehung misst er der Röntgenbestrahlung direkt differentialdiagnostischen Wert bei.

Allerdings werden auch Fälle publiziert, in denen der Erfolg der Bestrahlung ausblieb oder dieselbe eine Verstärkung der Blutungen zur Folge hatte, so dass man zur Operation greifen musste. Falk (14) musste auf letztere Indikation dreimal zur Operation greifen, Flatau ebenfalls einmal, Peham (69) berichtet über zwei Todesfälle infolge abundanter Blutung zu Beginn der Bestrahlung und warnt deshalb vor ambulanter Behandlung. Füth (20) sah zwei Myome unter Einfluss der Bestrahlung wachsen, anstatt in Grösse abnehmen und die ganz profusen Blutungen blieben unbeeinflusst. Haenisch (28) bestrahlte zwei Patientinnen erfolglos und operierte sie dann, Lomer (58) fand in seinen Fällen, dass die Myome subserös gestielt dem Uterus aufsassen und diese Tumoren sind ungeeignet zur Bestrahlung. Merkel (61) musste wegen Herzstörung und rapidem Kräfteverfall die Bestrahlung abbrechen und Schmidt (79) sah bei zwei von seinen 19 Myompatientinnen nach den ersten Bestrahlungsserien jedesmal eine so erhebliche Verstärkung der Blutung auftreten, dass zur Operation geschritten werden musste. Auch Weber (86) erwähnt in seiner Statistik einen solchen Fall.

Auch die Veröffentlichung von Schädigungen der Patientinnen infolge der Röntgenbestrahlung hat nicht auf sich warten lassen. Désplats (11) macht darauf aufmerksam, dass sehr fette Frauen durch ungünstige Ernährungsverhältnisse besonders für das Zustandekommen von tiefen Röntgenulzera der Bauchhaut geneigt sind. Diese Geschwüre heilen sehr schlecht. Fiessler (15) behandelt die äusserst wichtige Frage, inwieweit durch die Röntgenbehandlung etwa später noch gezeugte und ausgetragene Früchte geschädigt werden. Da wir bei der gynäkologischen Röntgenbehandlung stets alle Keimzellen treffen, die je im Leben noch zur Befruchtung und Entwickelung gelangen können und eine Neubildung von Keimzellen beim Weibe gemäss unserer bisherigen Anschauungen nicht mehr statthat, ist an erster Stelle die Frage zu lösen, ob eine durch Röntgenstrahlen geschädigte Keimzelle sich wieder so weit erholen kann, dass ihr Zustand mit dem vor der Bestrahlung identisch ist, damit nicht aus der minderwertigen Keimzelle eine minderwertige Frucht entstehe. Haenisch (28) hat in vier Fällen deutliche Hautreaktion, zweimal Dermatitis entstehen sehen. Henkel (32) nennt die Sklerosierung des Beckenbindegewebes eine unerwünschte Nebenerscheinung. Fränkel [Diskussion zu Immelmann (39)] befürchtet bei Anwendung von hohen Dosen Schädigungen von Blase und Darm, sowie umfangreiche Verwachsungen. Frankl [Diskussion zu Immelmann (39)] hat bei grossen Strahlenmengen kleine Tiere unter schweren Nierenveränderungen zugrunde gehen sehen. Bei der Ovarialbestrahlung junger Individuen sei Vorsicht zu gebrauchen, weil man nicht weiss, ob bei später regenerierten Ovarien nicht die Eier eine dauernde Schädigung erfahren haben. Abel [Diskussion zu Immelmann (39)] konnte nach grossen Dosen bei der späteren Operation schwere Verwachsungen feststellen. Desgleichen v. Haberer (25a), der gelegentlich der Exstirpation eines nach 3 wöchentl. Bestrahlung entstandenen Karzinoms der Bauchhaut im Abdomen multiple peritoneale Adhäsionen fand. Iselin (40) fürchtet die Kumulation der Strahlenwirkung auch bei gewissenhafter Dosierung und Filtration. Auch das Ausbleiben der Reaktion bietet keine Gewähr gegen eine spätere Schädigung, die sich gelegentlich erst nach sehr langer Zeit ($1\frac{1}{2}$ Jahren) zu zeigen braucht. Wahrscheinlich handelt es sich hierbei um primäre Schädigungen der Hautblutgefässe. Singer [Diskussion zu Kelen (42)] glaubt, dass die Röntgenstrahlen, abgesehen von ihren zahlreichen anderen Gefahren, bei späterer Konzeption Missgeburten zur Folge haben können. Klein (43) hat, wie er behauptet, mehrfach Röntgenperitonitis beobachtet: akute Schwellung, Rötung, ja sogar Auflagerungen auf dem Peritoneum, wahrscheinlich durch Aufflackern schon bestehender chronischer Entzündungen verursacht. Klynens (46) beschreibt das Auftreten von tiefen, sehr hartnäckigen und äusserst schmerzhaften Geschwüren der Bauchhaut 6—10 Monate nach intensiver Tiefen-Filterbestrahlung. Runge (74) warnt vor Anwendung hoher Dosen, denn eine Schädigung von Blase und Darm, sowie umfangreiche Verwachsungen sind zu fürchten.

Besonders das Vorkommen von Darmschädigungen scheint nun zweifellos festzustehen.

Bumm (8) hat einen Fall von zunehmender Abmagerung infolge Röntgenbestrahlung beobachtet, bei dem jeden Tag Diarrhoen auftraten, die sich durch nichts zurückhalten liessen. Es wäre nicht einzusehen, warum nicht, wenn der Uterus selbst und so harte Geschwülste wie die Myome, direkt beeinflusst werden, auch die Ganglienzellen des Abdomens, die in der Nachbarschaft der Bestrahlungszone sich hinziehen, durch die Bestrahlung beeinflusst werden und unter Umständen in einer uns noch unbekannten Weise schwere Schädigungen erfahren. Eymer und Menge (12) nennen unter den Nebenerscheinungen auch Reizzustände von Blase und Darm. Haendly (26) beobachtete in einem Fall 11 Pfund Gewichtsabnahme und in zwei Fällen unstillbare Diarrhoe. Mackenrodt (59) hat einen Fall von zunehmender Abmagerung gesehen, trotz aller Mittel. Nach vaginaler Uterusexstirpation hörte die Abmagerung nicht auf. Sollten da etwa die Darmdrüsen verödet sein? Auch profuse Durchfälle nach der Bestrahlung sind von ihm wiederholt beobachtet. Experimentell an Tieren ist die Frage der Darmläsionen infolge von Röntgenbestrahlung von Regaud, Nogier und Lacassagne (71) bearbeitet worden.

Auch Wetterer (87) kommt aus eigener Erfahrung zu dem Schluss, dass man bei der Röntgenbestrahlung des Abdomens mehr noch auf die Verhütung von Schädigungen des Verdauungstraktus, als auf Vermeidung stärkerer Hautreaktionen sein Augenmerk zu richten habe. Er beobachtete, dass in manchen Fällen sehr lebhafte Reaktionen des Darmes auf die Bestrahlung eintraten. Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoen und Schmerzhaftigkeit hielten oft mehrere Tage an. Zwei anderwärts bestrahlte Patientinnen klagten nicht nur über kolikartige Schmerzen im Unterleib, Appetitlosigkeit, Übelkeit und Stuhldrang, sondern gaben an, dass ein schleimig-wässriger, mitunter etwas blutiger Stuhl abgehe. Verf. glaubt in diesen Fällen an Darmläsionen durch die Röntgenbestrahlung. Zur Vermeidung derselben rät er u. a. bei der Bestrahlung die Ovarialfelder so klein als angängig zu wählen und namentlich nicht von allen möglichen Richtungen her gewissermassen auf die Ovarien zu zielen, wobei der Darm immer wieder durchstrahlt, ja geradezu in ein Kreuzfeuer von Strahlengängen genommen wird. Auch wird man gut daran tun, mit der geringst möglichen Gesamtdosis auszukommen suchen. Man braucht keine 500 bis 1000 X zu applizieren, wenn man mit 100 bis 200 X auch zum Ziele gelangt. Die Berücksichtigung des „Erholungsfaktors" ist sicherlich von Bedeutung.

Viele der genannten Autoren sind denn auch ebenso wie Wetterer gegen die Verwendung der hohen Dosen, wie sie von Krönig und Gauss eingeführt sind [Bumm (8), Fränkel (19), Runge (74)].

Es entzieht sich vorläufig noch unserer Kenntnis, wie diese grossen Strahlenmengen auf die menschlichen Gewebe in der Tiefe wirken.

Ob die Röntgenstrahlen ihren Einfluss direkt auf das Tumorgewebe ausüben oder durch die Ovarien die Geschwulst beeinflussen, ist eine noch unentschiedene Frage. Chéron und Bouchacourt (s. unter 2: „Radium und Mesothorium", Nr. 4) erwägen beide Möglichkeiten. Nach dem Dafürhalten Gräfenbergs (24) haben die Röntgenstrahlen einen spezifischen Einfluss auf das Myomgewebe. Er sah ein Myom durch Röntgenstrahlen verschwinden 10 Jahre nach Aussetzen der Menstruation, bei einer Patientin also, bei der das funktionierende Ovarium als hypothetische Vermittlerin der Röntgenstrahlenwirkung fehlte. Haendly (27) glaubt, dass die Amenorrhoe hauptsächlich durch Einwirkung auf die Ovarien zustande kommt. Halban (29) sah, wie sich im Anschluss an eine dreimonatige Bestrahlungskur bei einer 51 jährigen Patientin ein Kystom des einen Ovarium bildete, das konstant wuchs. Der Fall soll zeigen, dass die Röntgenstrahlen wohl die Sterilisierung des normalen Ovariums bewirken, nicht aber die Bildung eines ovariellen Tumors aufhalten können. Haller (30) beschäftigt sich in seiner Arbeit eingehend mit diesem Thema. Henkel (32) und v. Herff (33) halten im grossen ganzen die Einwirkung für eine Kastration auf nichtoperativem Wege. Gegen diese Auffassung richten sich Krönig und Gauss (51). Bei der Röntgenbestrahlung wird nur der Follikelapparat insoweit geschädigt, als die Menstruation und die Konzeptionsfähigkeit ausbleiben, aber nicht die sonstigen Eigenschaften des Ovarium, vor allem seine Funktion der inneren Sekretion, gestört werden. (Deshalb sollen bei der Röntgenbehandlung der Myome die typischen Ausfallserscheinungen kastrierter Frauen fehlen; sie ähneln nur die der uteriprivierten Frauen). Laquerrière und Loubier (56) teilen einen Fall mit, bei dem das Fibrom kleiner wurde, bevor das Ovarium beeinflusst worden war, was also den direkten Einfluss auf den Tumor beweist. Mackenrodt (59) glaubt, dass die Bestrahlung durch Verödung der Ovarien wirkt. Nach Eymer [Diskussion zu Menge (60)] geht, wenn auch die Substanz des Uterus resp. des Myoms selbst beeinflusst wird, doch der Hauptweg der Einwirkung auf die Myome über das Ovarium. R. Meyer (62) schliesst auf eine Elektivwirkung der Röntgenstrahlen auf die Struktur der

Myome zu schliessen. Dagegen nennt Runge (74) die Röntgentherapie der Myome eine Übertragung der Hegarschen operativen Kastration auf konservativer Basis. Wetterer (87) glaubt an die Wirkung durch die Ovarien.

Wie es auch sei, Ausfallserscheinungen werden nach der Röntgenbestrahlung von den meisten, wenn auch nicht von allen Autoren beobachtet. Berdez und Enchaquet (7), de Bovis (7), Haendly (26), Wetterer (87) haben sie immer in typischer Weise auftreten sehen, dagegen fanden sie Cohn (10), Krönig und Gauss (51) und Weber (86) gar nicht oder nur unbedeutend.

Der Indikationsstellung zur Röntgenbehandlung der Myome und ihrer Kontraindikationen wird in den Publikationen von de Bovis (7), Falk (13), Flatau (16), Füth (20), Haller (30), Jung (41), Klein (43), Döderlein [Diskussion zu Klein (43)], Laquerrière (54), Mackenrodt (59), Menge (60), Runge (74), Siredey (82), Strassmann (84), Saretzky (78) u. a. mehr oder weniger ausführlich Erwähnung getan. Es würde uns hier zu weit führen, auf jede dieser Arbeiten hier näher einzugehen.

Je älter die Patientin, um so eher ist im allgemeinen ein Erfolg der Bestrahlung zu erwarten. Frauen unter 40 Jahren sollen gar nicht bestrahlt werden. Adnexerkrankungen werden im allgemeinen als Kontraindikationen gegen die Bestrahlung angesehen [de Bovis (7), Falk (13), Flatau (17), Opitz (67) u. a.]. Jedoch sah Klein (43) gute Erfolge, wenn auch keine Heilung, von der Bestrahlung inoperabler maligner Ovarialtumoren. Runge (74), Eymer und Menge (12) und Saretzky (78) haben Pruritus und Ekzema vulvae mit Erfolg bestrahlt, dagegen bei Kraurosis vulvae keine Besserung gesehen. Krönig [Diskussion zu Immelmann (39)] hat Mammakarzinom, Fränkel (19), Rosenfeld (72) und Saretzky (78) haben Bauchfelltuberkulose mit Röntgenstrahlen zu heilen versucht. Eymer und Menge halten ebenfalls in letzterem Falle den Versuch für angebracht.

Klein (43) und Kuntzsch (53) berichten über Fehldiagnosen bei vergeblich mit Röntgenstrahlen behandelten Fällen.

Darin, dass man sich gegen das Übersehen der Komplikation von Myom mit maligner Degeneration bei der Bestrahlung nur sehr schwer schützen kann, liegt eine Schwäche des Verfahrens.

b) Radium und Mesothorium.

1. Chéron, H., Quel rôle doit jouer le radium dans le traitement des fibromes utérins par les différentes radiations. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Séance du 11 Nov. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris, 1 Année. Nr. 8. p. 844. (Hebt die Vorteile der Radiumbestrahlung vor der Röntgenbestrahlung hervor. Die Gefahr der Schädigung der Patienten ist viel geringer; Dermatitis kommt auch bei wiederholter Bestrahlung viel seltener und viel später vor. Die Radiumstrahlen haben keinen Einfluss auf das Ovarialgewebe und den Graafschen Follikel. Menopause mit ihren Folgen ist nicht zu fürchten. Die Behandlung geht viel rascher vor sich, ist in etwa fünf Tagen fertig. Man kann die Radio- mit der Röntgentherapie verbinden und erreicht damit einen besonderen Erfolg. Man sensibilisiert die Gewebszellen für die Röntgenbestrahlung, die dadurch eher zum Ziele führt.)
2. — Behandlung der Uterusmyome mit Radium. Journ. de méd. de Paris. 9 Déc. 1911. Ref. Amer. Journ. of Obst. Vol. 65. Nr. 411. p. 507. (Radium vermindert die Blutungen sowohl zwischen wie während der Menstruation und der Tumor nimmt in Grösse ab. Nach dauernder Behandlung tritt Menopause ein. Der Effekt auf den Ovarien ist nicht derselbe wie der der Röntgenstrahlen, die Entwickelung der Graafschen Follikel wird nicht gestört und mehrere Patientinnen wurden wieder schwanger. Auch übt es keinen Einfluss aus auf die innersekretorische Funktion der Ovarien. Es soll besonders angewendet werden [eingeführt im Zervikalkanal] bei kleineren Myomen, welche durch ihren tiefen Sitz mit Röntgenstrahlen schwer zu erreichen sind. Behandlung in 12 Sitzungen, jeden dritten Tag 6—8 Stunden.)
3. — Radiumtherapie der Myome. Journ. de méd. de Paris. 22 Juin. Ref. Amer. Journ. of Obst. Vol. 66. Nr. 418. p. 657. (Durch Anwendung von Radium in der Uterushöhle wurden bei kleinen Myomen ausgezeichnete Resultate erzielt, insofern die Blutungen standen. Die Gefässe obliterieren, ohne Gangrän der Mukosa zu verursachen. Chéron kombiniert seine innere Applikation mit äusserlicher Anwendung ultrapenetrierender Strahlen durch die Bauchdecken. Er benutzt 5 cg Radium für mehrere Stunden. Macht das Einbringen in die Uterushöhle Schwierigkeiten, dann kann das Radium, eingewickelt in Gaze um die oberflächlichen Strahlen zurückzuhalten, auch in

der Scheide angewandt werden. Es wirkt auf den ganzen Uterus ohne sichtbaren Einfluss auf die Schleimhaut. Wenn die Menopause nahe ist, kann sie künstlich hervorgerufen werden. Die Sitzungen sollen 6 bis 12 Stunden, dann und wann 24 Stunden dauern. Die Blutungen stehen dauernd.)

4. Chéron, H., et L. Bouchacourt, De l'association de la radiumthérapie à la radiothérapie dans le traitement des fibromes utérins. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Séance du 8 Juillet. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 7. p. 741. (Verf. behandeln das Thema in folgenden Kapiteln; 1. Therapeutischer Wert der Radiumtherapie [von 120 Patientinnen mit kleinen Myomen sind 117 amenorrhoisch geworden, obschon bei 79 Patientinnen die Blutungen sehr stark waren; in 108 Fällen wurde das Myom deutlich kleiner, in 9 blieb es unverändert und in drei Fällen nahm es an Grösse zu. Unter 25 Patientinnen mit mittelgrossen Myomen wurden 12 amenorrhoisch; bei fünf von ihnen wurde der Tumor kleiner; viermal nahm das Myom an Grösse zu. Nachteile der Behandlung wurden nicht beobachtet]. 2. Therapeutischer Wert der Röntgentherapie. 3. Vergleich zwischen Radium- und Radiotherapie [erstere geht schneller und bringt nicht so grosse Gefahren für Verbrennungen mit sich, da sie intrauterin angewendet werden kann]. 4. Die Vorteile der Kombination von Radium- und Radiotherapie. 5. Ihre Technik. 6. Ihre Resultate [in 11 von 12 Fällen mit kleinen Myomen und drei von fünf mit grossen Myomen wurde innerhalb sechs Wochen bis zwei Monaten Amenorrhoe erreicht]. 7. Ihre Indikationen und Kontraindikationen decken sich mit denen der Röntgentherapie. Die chirurgische Behandlung behält immer noch die Vorteile, die schnellste, radikalste und sicherste Methode zu sein. Die Wirkung der Röntgenstrahlen auf das Myom wird in folgender Weise erklärt: a) durch Wirkung auf das Ovarialgewebe [Bergonié, Tribondeau und Récamier]; b) durch direkte Wirkung auf das Myomgewebe [Bordier] oder c) auf die Gefässknäuel, welche nach Pilliet das Zentrum der Entwickelung der Myome sind oder d) durch destruierende Wirkung auf die tieferen Zellen der Drüsen der Uterusschleimhaut [Bergonié].)

5. — Quel rôle doit jouer le radium dans le traitement des fibromes utérins par les différentes radiations. Soc. d'obst, et de gyn. de Paris. Séance du 11 Nov. Ref. La Presse méd. Nr. 97. p. 987. (Sowohl die Radio- wie die Radiumtherapie haben ihre eigenen Indikationen und dürfen nicht urteilslos die eine für die andere angewandt werden. Die Vorteile der Radiumtherapie sind: 1. Die Radiumstrahlen bieten keine Gefahr für das umliegende, nicht fibromatöse Gewebe. 2. Auch die Nachbarschaft wird von abgeschwächten Strahlen mitbetroffen. 3. Sie ist imstande, die Stärke der Blutung herabzumindern, ohne die frühzeitige Menopause herbeizuführen. 4. Die Radiumstrahlen sollen nicht wie die Röntgenstrahlen die Haut sensibilisieren, so dass eine nicht geheilte Patientin ohne Gefahr für Dermatitis von neuem bestrahlt werden kann. 5. Sie wirken ein auf die innere Sekretion des Ovariums, ohne dessen Gewebe oder die Graafschen Follikel zu beeinflussen. 6. Die Radiumtherapie kann in fünf Tagen beendet sein. 7. Man kann Radio- und Radiumtherapie kombinieren; so werden Resultate erreicht, welche mit jeder von den beiden für sich nicht zu erreichen wären. Nach Chéron soll die Radiumtherapie vom praktischen wie wissenschaftlichen Standpunkt nicht hinter der Radiotherapie zurückstehen brauchen.)

6. — Radiumtherapie hämorrhagischer Uterusmyome. Journ. de Physiotherapie. Heft 10. p. 142. Ref. Therap. Monatshefte. Heft 7. p. 528. (Enthält im wesentlichen dasselbe, wie die vorher referierten Artikel desselben Autors.)

7. Essen-Möller, E., Einige Erfahrungen über Radiumbehandlung bei myomatösen und klimakterischen Blutungen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Festnummer z. VI. internat. Gyn.-Kongr. Bd. 36. p. 213. (Technisches der Behandlung. Resultat bei sechs Fällen von Myoma uteri und zwei Fälle von klimakterischen Blutungen. Für alle Fälle ist der klinische Erfolg ein auffallend guter; die Blutungen schwanden vollständig oder wurden normal und die Myome bildeten sich in vielen Fällen auffallend rasch zurück.)

8. Friedländer, W., Über Versuche direkter Tiefenbestrahlung in der Gynäkologie mittelst radioaktiver Substanzen [Mesothorium]. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 31. p. 1450. (Statt der komplizierten Röntgentherapie für Uterusblutungen, besonders für solche klimakterischer Natur, wird empfohlen eine mit Mesothorium beschickte und mit einem 0,05 mm dicken Silberblech als Filter ausgestattete Kapsel von der Vagina aus in möglichst grosse Nähe der Ovarien zu bringen. Zum Schutze der Schleimhaut gegen die Strahlenwirkung kann man die Kapsel noch mit adrenalingetränkter Watte umgeben, wodurch eine ausreichende Anämisierung erzielt wird. Die Wirkung ist

ähnlich der der Röntgenstrahlen bei den Frauen am besten, welche dem Klimakterium nahestehen; ob eine elektive Wirkung auf Myomzellen stattfindet, ist noch zweifelhaft. Grundbedingung für einen Erfolg ist eine der Behandlung voraufgehende peinlich genaue gynäkologische Untersuchung.)

Es ist hauptsächlich Chéron (1—4), der die Radiumtherapie der Myome empfiehlt und angibt, sie mit gutem Resultat angewandt zu haben. Die Vorteile derselben gegenüber der Röntgentherapie hebt er in seiner unter Nr. 5 referierten Arbeit des weiteren hervor. Der Effekt auf den Ovarien ist nicht derselbe, wie der der X-Strahlen, die Entwickelung der Graafschen Follikel wird nicht gestört und mehrere Patientinnen wurden wieder schwanger. Auch übt Radium keinen Einfluss aus auf die innersekretorische Funktion der Ovarien. Verf. erreichte mit der Radiumbehandlung bei kleineren Myomen Aufhören der Blutung, Amenorrhoe und Verkleinerung der Tumoren. Essen-Möller (7) berichtet über ähnlich günstige Resultate. — Siehe ferner dasselbe Thema bei „Strahlentherapie der Karzinome".

Myom und Schwangerschaft.

1. Bablet, Le sphacèle des fibromes utérins au cours de la grossesse. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. 1911. Nr. 12. p. 660.
2. Bar, P., Fibromes et grossesse. Journ. d. Praticiens. Nr. 7. p. 97.
3. Beroman, W., Kasuistisches zur Komplikation von Schwangerschaft und Geburt mit Myom, bezw. mit entzündlichen Erkrankungen der Adnexe. Prager med. Wochenschrift. 1911. Nr. 26. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 486. (Im ersten Falle wurde im sechsten Monat der Schwangerschaft ein orangegrosses Myom der hinteren Cervixwand als voraussichtliches Geburtshindernis prophylaktisch mit Erfolg entfernt. Im zweiten Falle hatten bei einem nur gänseeigrossen Adnextumor Verwachsungen den Beckeneingang auf 5 cm verengt. Sectio caesarea.)
4. Bonamy, R., Fibrome compliqué de grossesse. Soc. d. chir. de Paris. Séance du 14 Juin. Ref. Presse méd. Nr. 56. p. 591. (Gravidität von 4½ Monat, welche weiter ging und mit einer normal verlaufenden Geburt endete.)
5. — Fibrome utérin et grossesse. Soc. d. chir. de Paris. Séance du 5 Juillet. Ref. La Presse méd. Nr. 61. p. 637. (Kasuistisch; es war schon Abort erfolgt. Hystérectomia abdom. Heilung.)
6. Brickner, S. M., Multiple Fibroids complicating Pregnancy. New York Acad. of Med. Sect. on Obst. and Gyn. Meeting of Jan. 25. Ref. The Amer. Journ. of Obst. Vol. 65. Whole Nr. 412. p. 645. (Kasuistisch. Schwangerschaft im 7.—8. Monat. Hysterektomie. Heilung. Warum der Uterus exstirpiert wurde, ohne das Ende der Schwangerschaft abzuwarten, ist nicht recht klar.)
7. Brindeau, A., Hystérectomie pour fibrome compliquant la grossesse. Bull. de la Soc. d'obst. de Paris. Nr. 9. Déc. 1911. p. 535. Ref. Revue de gyn. et de chir. abd. Tome 19. Nr. 4. p. 393. (Kasuistisch; 33jährige IIpara. Grav. mens. III. Der Uterus war um seine Längsachse gedreht.)
8. — Hystérectomie pour fibrome compliquant la grossesse. Soc. d'obst. de Paris. Séance du 21. Déc. 1911. Ref. Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris. 14 Année. Nr. 9. Déc. 1911. p. 535. (33jährige IIpara. Grav. mens. IV. Auf der hinteren Wand des Uterus ein mannskopfgrosses Myom. Indikation zur Operation: Schmerzen und schnelles Wachstum des Tumors. Heilung.)
9. Carmichael, S., Case of multiple fibroids complicating pregnancy; removal of subperitoneal twisted fibroid at fifth month; twins; caesarean section at term; supravaginal hysterectomy; recovery of mother and children. Edinb. med. Journ. Vol. 8. Nr. 3.
10. Cathala, V., Volumineux fibrome praevia; césarienne suivie d'hystérectomie. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Séance du 13 Mai. Ref. La Gyn. Nr. 7. p. 414. (Subseröses Myom im kleinen Becken als Geburtshindernis. Beim Einsetzen der Wehen Kaiserschnitt mit anschliessender Totalexstirpation. Der Tumor hat in der Schwangerschaft keine Erscheinungen gemacht. Diskussion: Potocki hätte den Uterus mit dem Myom zurücklassen wollen; der Tumor hätte sich spontan zurückgebildet. Cathala befürchtete in dem Falle Behinderung des Lochialsekretabflusses durch den Tumor.)

11. Chavannaz, G., Sur la nécrobiose des fibromes utérins au cours de la grossesse. La Gyn. Nr. 9. Sept. p. 513. (Zwei Krankengeschichten. Peritonitische Reizerscheinungen infolge Nekrobiose der Uterusmyome in der Gravidität. Myomektomie. Genaue Beschreibung des makroskopischen und mikroskopischen Befundes an den Präparaten. Bakteriologische Kulturen blieben aerob wie anaerob steril. Im mikroskopischen Schnitt beobachtet man die verschiedensten Stadien der einfachen Nekrose, sowie Thrombosierung der Gefässe. An den Randstellen der nekrotischen Herde Leukozyteninfiltration. Auch an den am meisten veränderten Stellen besteht immer noch kein totaler Gewebszerfall, sondern die Gewebszeichnung ist immer noch zu erkennen. Die Kerne sind pyknotisch. Die Ursache der Nekrose bleibt unentschieden; die Gravidität spielt wahrscheinlich nur eine nebensächliche Rolle. Auch waren die Gefässveränderungen zu geringfügig, um als Ursache angesprochen werden zu können. Die Differentialdiagnose gegenüber Appendizitis, Extrauteringravidität, Stieldrehung eines Ovarialtumors oder eines graviden Uterus ist sehr schwierig. Ausgenommen bei gestielten Myomen wird die Hysterektomie als Therapie empfohlen.)
12. Cholmogoroff, S. S., Myom und Schwangerschaft. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48. p. 1613. (Kasuistische Mitteilung. 40jährige, seit zwei Monaten verheiratete Frau, mit mannskopfgrossem, den ganzen Beckeneingang und den unteren Teil der Bauchhöhle ausfüllenden myomatösen Uterus. Grav. mens. II. Abdominale Totalexstirpation. Ein interstitielles Myom.)
13. Cortiguera, J., Myom und Schwangerschaft. Anales de la Acad. de obst., gin. y ped. 1911. Nr. 44. p. 341. (Spanisch.) Ref. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Nr. 11. p. 469. (Acht eigene Fälle. Bespricht im Anschluss daran den Einfluss des Myoms auf die Schwangerschaft und das Puerperium nach seinem submukösen oder interstitiellen Sitz im Korpus oder in der Cervix. Im allgemeinen ist der Einfluss gering; die Gefahren sind dieselben wie beim engen Becken. Die Behandlung kann alles Mögliche sein, von einfachem Abwarten bis zur Uterusexstirpation. Man muss dazu sowohl Geburtshelfer als Gynäkologe sein.)
14. Deane, F., A case of rapidly growing fibroids. Lancet. Vol. 183. Nr. 4655. Nov. 16. p. 1362. (38jährige Ipara, vor drei Monaten verheiratet. Das Myom rechts auf dem Uterus reicht bis zur Leber und ist mit letzterer und mit dem Netz verwachsen. Das Myom an der linken Seite reicht bis in Nabelhöhe und ist frei. Vor drei Monaten war noch nichts zu fühlen; in sechs Wochen sind die Tumoren so stark gewachsen. Abdominale Enukleation der beiden Myome. Die Schwangerschaft geht ungestört weiter.)
15. Delassus et Bonnet-Laborderie, Grossesse, fibrome et pyonéphrose. Réunion obst. et gyn. de Lille. Séance du 22 Mai. Ref. Arch. mens. d'obst. et de gyn. 1 Année. Nr. 8. p. 80. (29jährige IIpara, fast am Ende der Schwangerschaft, Albuminurie, Ödeme, Kachexie. Im Abdomen der gravide Uterus und ein gleichgrosser Tumor. Beim Eintritt der Geburt Lumbalanästhesie [0,02 Stovain], Tod innerhalb fünf Minuten auf dem Operationstisch. Sectio caesarea post mortem befördert ein mazeriertes Kind ans Licht der Welt. Der Tumor ist ein Fibrom des Lig. latum. Hinter ihm ist die rechte Niere in einen grossen Eitersack mit mehr als ein Liter Inhalt verwandelt.)
16. Delaunay, E., Fibrome simulant un utérus gravide. Soc. des chir. de Paris. Séance du 10 Mai. Ref. La Presse méd. Nr. 45. p. 482. (Demonstration eines faustgrossen, in die Uterushöhle vorspringenden Myoms, im unteren Teil nekrotisch. Der Uterus ist kugelig aufgetrieben und im unteren Teil sehr weich, so dass er Gravidität vortäuschte.)
17. Döderlein, Th. J., und M. Herzog, Schwangerschaft in einem Adenomyom. Deutsche med. Ges. in Chicago. Sitzg. vom 15. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 30. p. 1692. (Die Diagnose war auf Extrauteringravidität gestellt und wegen drei Monate dauernder Blutung am Ende des sechsten Schwangerschaftsmonats der bis zum Nabel reichende Tumor samt dem etwas vergrösserten Uterus per laparotomiam entfernt. Demonstration und genaue pathologisch-anatomische, sowie histologische Beschreibung des Präparates. Die Höhle des Adenomyoms steht durch einen Spalt entsprechend dem linken Tubenwinkel mit der Uterushöhle in Verbindung. Serienschnitte zeigen, dass sich die Schwangerschaft nicht in einem Reste des Gärtnerschen Ganges entwickelt hat. Histogenese der Adenomyome des Uterus und der glandulären Epitheleinschlüsse derselben.)
18. Ehrendorfer, E., Demonstration eines puerperalen Uterus mit einem Myom und Durchbruch eines Uteruswandabszesses in die offene Bauchhöhle. Wissensch. Ärzteges. in

Innsbruck. Sitzg. vom 10. Mai. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 33. p. 1275. (Durchbruch erfolgte am 18. Tage post partum nach manueller Plazentarlösung. Von Anfang an Schüttelfrost und ständiges Fieber. Einige Stunden nach Durchbruch Laparotomie; Totalexstirpation des Uterus samt Myom, Auswaschung der Bauchhöhle mit Kochsalzlösung, Drainage. Heilung.)

19. Engström, O., Eigene Erfahrungen in bezug auf Schwangerschaft und Geburt nach ventraler Enukleation intramuraler Uterusmyome. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Ergänzungsheft. p. 39. (Auf 412 ventralen Enukleationsoperationen hatte Engström 7 Todesfälle = 1,75 %. 27 Frauen konzipierten. Von den im Alter zwischen 20 und 40 Jahren stehenden Verheirateten [72] konzipierten 19, also ein hoher Prozentsatz. Fünf hatten vorher nie konzipiert, vier waren sekundär steril. Die entfernten Myome waren bis kindskopfgross; in einigen Fällen wurden multiple Myome, bis zu 11 entfernt. 20 von den Frauen haben ausgetragen, 7 abortiert. Eine Uterusruptur kam in keinem Falle vor; die Geburten verliefen bis auf eine spontan.)

20. Ertl, Gravidität bei Uterus myomatosus. Verein d. Ärzte in Oberösterreich. Sitzg. vom 1. Febr. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 14. p. 548. (Besprechung des Schwangerschafts- und Geburtsverlaufs im allgemeinen und Demonstration von drei Fällen von Fehlgeburt infolge Uterusmyom. Die Diagnose auf Myom und Gravidität kann sich leider nicht immer auf objektive Befunde stützen, sondern ist auch auf die Angaben der Patientinnen angewiesen. Zeigt ein schon früher diagnostiziertes Myom bei einer Frau im generationsfähigen Alter plötzlich auffallendes Wachstum, so muss unbedingt an Schwangerschaft gedacht werden. Die Vergrösserung der Myome während der Gravidität ist nicht als ein echtes Wachstum der Geschwulst aufzufassen, sondern als eine seröse Durchtränkung, welche meist Hand in Hand geht mit degenerativen Erweichungsvorgängen im Zentrum der Knoten [Nekrobiose].)

21. Fabre et Rhenter, Fibrome et grossesse. Césarienne et hystérectomie subtotale a terme. Réunion obst. et gyn. de Lyon. Séance du 2 Mars. Ref. Arch. mens. d'obst. et de gyn. 1 Année. Nr. 8. p. 89. (Tumor eingekeilt im Douglas und das Becken ausfüllend. Operation einige Tage vor dem Endtermin der Schwangerschaft wegen vorzeitigen Blasensprunges. Luxation des Tumors aus dem Becken heraus sehr schwierig. Im Zentrum des Tumors Zystenbildung.)

22. Facilides, A., Myom und Fertilität. Diss. München. April. (Nach Facilides ist die Sterilitätsziffer bei Myomkranken nicht höher als bei anderen gynäkologischen Kranken. Die Fertilitätsziffer bei Myomkranken entspricht fast genau der betreffenden Ziffer aus der allgemeinen Statistik. Relativ hoch ist die Zahl der Primi- und Sekundiparen und andererseits die der Multiparen. Eine Zunahme der Fertilität in höherem Alter bei Myomen ist nicht mit Sicherheit nachweisbar.)

23. Fergusson, J. H., und J. Young, Zervikalpolypen mit decidualen Veränderungen. Transact. of the Edinb. obst. Soc. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27. p. 905. (Bei zwei von der Cervixmukosa ausgehenden Polypen, die im vierten Schwangerschaftsmonat entfernt wurden, fanden sich sichere Deciduazellen und Protoplasmaverflüssigungen, wie bei Menstruation und in den ersten Schwangerschaftsmonaten in der Uterusmukosa. In der Cervixmukosa sollen sonst deciduale Veränderungen in der Schwangerschaft nicht vorkommen.)

24. Fraipont, F., Uterusfibrom und Schwangerschaft. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 7. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 49. p. 1679. Idem 1913. Nr. 5. p. 190. (Bericht über zwei Fälle von Uterusfibromen, welche dadurch die Schwangerschaft komplizierten, dass eine Nekrose derselben eintrat, durch die im ersten Fall Enukleation, im zweiten Falle die supravaginale Amputation notwendig wurde. Die Erscheinungen der Nekrose bestanden hauptsächlich in plötzlich auftretenden, heftigen Schmerzen, peritonitischen Symptomen, kleinem, frequentem Puls, gesteigerter Temperatur und erheblichen Störungen des Allgemeinbefindens. Am plausibelsten für die Entstehung der Nekrose erscheint die Erklärung von v. Franqué, der die Kompression der kleinen Gefässe verantwortlich macht.)

25. Fries, H., Schwangerschafts- und Geburtsverlauf bei Beckenechinococcus und Uterus myomatosus. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 37. p. 1209. (Kasuistisch. 33jährige Ipara. Im fünften Schwangerschaftsmonat Laparotomie wegen raumbeengendem, neben dem Uterus liegendem orangegrossem Echinococcussack, der exstirpiert wird. Gleichzeitig werden zwei intramural gelegene Myome enukleiert. Obschon dabei die Decidua freigelegt wurde, normaler Fortgang der Schwangerschaft. Lebendes, ausgetragenes Kind.)

26. Fukase, S., Ein Fall von Dystokie durch ein Cervixmyom. Diss. München. April 1911. (Der anteuterine Tumor war faustgross. Nach fünftägigem Kreissen Perforation und Kranioklasie des toten Kindes. Am folgenden Tage abdominale Totalexstirpation wegen inkompletter Uterusruptur. Exitus an Sepsis.)
27. Gerson, D., Über Uterusmyome als Indikation zu operativen Eingriffen während Schwangerschaft und Geburt. Diss. Leipzig Dez. 1911. (Bericht über sieben Eingriffe am graviden Uterus. Zweimal wurde enukleiert unter Fortbestand der Gravidität, einmal mit anschliessendem Kaiserschnitt, zweimal musste im sechsten Monat wegen heftiger Schmerzen die Totalexstirpation nach Doyen gemacht werden, und schliesslich eine vaginale Enukleation unter der Geburt. Verlauf in allen Fällen gut.)
28. Goetze, O., Die Beziehungen zwischen Uterusmyom und Konzeption. Diss. Greifswald. 1911 Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 18. p. 587. (Das Myom setzt die Konzeptionschancen herab, je nach grösseren Schleimhautveränderungen und Blutungen. Die Gefahr des Abortes ist gegenüber der Norm erhöht. Isolierte Entfernung der Myome verbessert die Aussicht auf Gravidität. Die Fertilität ist bei Myomkranken in sämtlichen Ehen gleichmässig herabgesetzt. Ohne Operation haben Frauen in den 30er Jahren bei interstitiellem Myom von einiger Grösse kaum Aussicht auf Konzeption.)
29. Gonnet, Fibrome sous-placentaire; décollement et extraction artificiels du placenta; enucléation digitale du fibrome. Lyon méd. Nr. 9. p. 491. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 5. p. 192.
30. Gordon Bennet, C., Spontaneons expulsion of fibroid polypus during labour (spontane Ausstossung eines fibrösen Polypen während der Geburt). Brit. med. Journ. Nr. 2708. Nov. 16. p. 1470. (Kasuistisch.)
31. Gottschalk, S., Myomenukleation und Schwangerschaft. Diskussionsbemerkung in der Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 10. Mai. Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. Heft 1. p. 502. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 1. p. 28. (Ein Fall von Schwangerschaft und normaler Geburt nach der abdominalen Enukleation eines intramuralen, ca. kindskopfgrossen Myoms und eine Myomenukleation im dritten Schwangerschaftsmonat mit nachfolgender normaler Geburt. Man soll die Enukleation schrittweise vornehmen: jedesmal nur ein klein wenig schneiden, von einer Seite anfangend und sofort das durch Anziehen des Myoms entstandene kleine Wundbett wieder vernähen. Dieses Vorgehen macht die Enukleation blutleer und setzt den Reiz des Eingriffes auf den Uterus ganz wesentlich herab.)
32. Grabich, H., Fall eines eingekeilten Cervixmyoms unter der Geburt. Kaiserschnitt und Totalexstirpation. Diss. München. Dez.
33. Grasset, E., Etude clinique sur la rétention placentaire dans les utérus fibromateux. Thèse de Paris. 1911. Nr. 70. Ref. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Nr. 7. p. 26. (Die Verhaltung der Plazenta beim normalen Abort ist im myomatösen Uterus nichts Seltenes. Neben den gewöhnlichen Folgeerscheinungen, wie Blutung und Fieber, ist die Infektion des Tumors zu befürchten. Die Ausräumung mit dem Finger wird das Verfahren der Wahl sein. Ist diese nicht möglich und droht Infektion, so wird man auf Curettage und Spülungen verzichten und lieber baldigst die Hysterektomie machen.)
34. Gutzmann, F., Eine Myomotomie des schwangeren Uterus. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 28. Juli 1911. Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. Heft 1. p. 324. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 546. (25jährige IIpara, etwa in der 18. Woche der Gravidität. Der erste Partus verlief normal. Bei der Untersuchung blieb es zweifelhaft, ob Uterus myomatosus gravidus, Extrauteringravidität oder eine Schwangerschaft im Nebenhorn vorlag. Bei der Laparotomie zeigte sich rechts ein subseröses Myom von Mannsfaustgrösse, links der ungefähr gleichgrosse Uterus, dessen hintere Wand von vielen kleineren Myomen besetzt war. Zwei Tumoren wurden enukleiert und Patientin geheilt entlassen. Anfang des achten Monats Partus arte praematurus wegen Nephritis. Am vierten Tage des Wochenbettes wurde unter heftigen Schmerzen und subfebrilen Temperaturen ein hühnereigrosses Myom spontan ausgestossen.)
35. Halban, J., Myomnekrose im Puerperium. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. v- 13. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 50. p. 1710. (Die 30jährige Igravida abortierte im vierten Monat der Gravidität ohne besondere Ursache und starb einige Tage später an einer ausgedehnten Peritonitis. Da die Eiterung an der Verwachsungsstelle von Myom und Darm am stärksten war, dürfte sie wohl von hier ihren Ausgang genommen haben. Das Myom war hochgradig nekrotisch und sein Inhalt verjaucht. Es dürfte die Nekrose wohl im Sinne von Ribbert durch Toxinwirkung zustande gekommen sein, wofür der

Umstand spricht, dass auch andere Myome in diesem Uterus eine zentrale Nekrose zeigten. Diese Toxinwirkung dürfte wohl auf eine bestehende Endometritis zurückgeführt werden müssen. Diskussion: Latzko glaubt nicht an die Verschleppung von Giften und hält alles für Infektion. Es werde gelingen, in diesem Myom Streptokokken nachzuweisen.)

36. Harte, G., Beitrag zur Frage der Myomoperationen in der Schwangerschaft, mit besonderer Berücksichtigung der im letzten Jahrzehnt an dem graviden und kreissenden Uterus ausgeführten Enukleationen. Diss. Berlin 1911. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 1. p. 104.

37. Hartmann, K., Myomenukleation aus dem graviden Uterus. Gyn. Rundschau. Jahrg. 6. Heft 7. p. 251. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 6. p. 732. (24jährige Igravida im dritten Schwangerschaftsmonat. Abdominale Enukleation des Myoms; tiefgreifende Seidennähte. Am Ende der Schwangerschaft normale Entbindung.)

38. Hellier, J. B., Intramurales Myom, auf vaginalem Wege bei einer 25jährigen IIpara entfernt. North of England Obst. and Gyn. Soc. Febr. 17. 1911.

39. Herrgott, Une forme rare d'utérus fibromateux cause de dystocie. Annales de gyn. et d'obst. 1911. Oct. p. 609.

40. Hussey, A. A., Fibroma uteri and Pregnancy. New York Obst. Soc. Meeting of April 9. Ref. The Amer. Journ. of Obst. Vol. 66. Whole Nr. 416. p. 264. (Kasuistisch. 36jährige Erstgebärende. Ende der Schwangerschaft. Beim Einsetzen der Wehen macht ein das kleine Becken ausfüllendes Myom das Eintreten des in Steisslage liegenden Kindes unmöglich. Fussvorfall. Sectio caesarea mit Entfernung des Uterus wegen multipler Myome. Heilung.)

41. Ihm, E., Die Myomnekrose während der Schwangerschaft. Sammlung klin. Vorträge. Abteil. Gyn. Nr. 243/244. (Kritische Bearbeitung eines eigenen Falles und von 57 Fällen aus der Literatur. Pathologisch-anatomisch drei Gruppen: Tumoren mit „hämorrhagischer Nekrose", mit sog. „Totalnekrose" und Tumoren mit der Erweichung der zentralen Partien bei normal beschaffenen Randpartien. Die Ursachen Zirkulationsstörungen; am häufigsten infolge Verschiebung des Myoms in seinem Lageverhältnis zur Uteruswand, veranlasst durch Schwangerschaftswehen. Das Myom nur dann in Gefahr, nekrotisch zu werden, wenn seine Gefässentwickelung von vornherein spärlich. Mechanische Momente, wie Achsendrehung des schwangeren Uterus samt Myom, Stieldrehung subseröser Myome oder Einklemmung des Tumors im Becken, sowie primäre Gefässerkrankungen im Innern des Myoms selten Ursache der Nekrose. Klinisch eine akute von einer subakuten Form der Erkrankung zu unterscheiden. Alle Erscheinungen sind durch die von den Zerfallsprodukten ausgehende Autointoxikation zwanglos zu erklären. Auffallend ist das Überwiegen der Erstgeschwängerten unter den Kranken [25 unter 42]. Die Prognose ist gut, sofern möglichst bald zur Operation geschritten wird; auch für die Schwangerschaft ist sie auffallend günstig. Von 18 Fällen, in denen der Uterus erhalten werden konnte, kamen 14 am normalen Ende der Schwangerschaft nieder.)

42. Katz, T. F., Myom-Sterilität? Sterilität-Myom? Diss. Tübingen. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 5. p. 190. (An der Hand von 243 Fällen der Tübinger Frauenklinik wird geprüft, ob die bei Myompatientinnen auffallend häufig vorkommende Sterilität die Ursache oder die Folge des Uterusmyoms ist. Verf. kommt zu dem Schluss, dass die Sterilität eine Folge des Myoms und keine Ursache desselben sei; der Myomentstehung liegen andere als sexuelle Momente zugrunde. Dagegen muss man der Sexualtätigkeit einen verlangsamenden Einfluss auf das Tempo der Myomentwickelung zuerkennen.)

43. v. Klein, K. U., Uterus gravidus mensis X, wegen Retroflexio partialis, bedingt durch subseröses Fibrom abdominal totalexstirpiert. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 4. p. 423. Ref. Arch. mens. d'obst. et de gyn. 1 Année. Nr. 11. p. 453.

44. Koblanck, A., In einer Nabelhernie inkarzeriertes Myom bei Schwangerschaft. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 26. April. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. Heft 2. p. 469. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 1. p. 23. (Durch die Einklemmung wurden nicht nur heftige Schmerzen ausgelöst, sondern auch Wehen, die den Muttermund der Primigravida auf Markstückgrösse erweiterten. Das Myom wurde abgetragen und die Hernie geschlossen. Die Wehen hörten auf, die Cervix bildete sich vollständig zurück. Vier Wochen später wurde die Frau von einem ausgetragenen Kinde, um

die Uterusnarbe und die Narbe in den Bauchdecken zu schonen, mit der Zange entbunden.)

45. Krüger-Franke, M., Myom und Gravidität. Freie Vereinigung mitteldeutscher Gyn. Sitzg. vom 27. Okt. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 2. p. 63. (Gut faustgrosses, abgekapseltes, submuköses Myom, welches bei der wegen Blutung in der Nachgeburtsperiode nach Austritt der Plazenta erfolgten Austastung des Uterus zufällig entdeckt wird. Es wird enukleiert, die Blutung steht sofort und Patientin macht ein fieberloses Wochenbett durch.)

46. Kupferberg, H., Riesenuterusmyom mit Retentio placentae mensis V. Ärztl. Kreisverein Mainz. Sitzg. vom 13. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 20. p. 1132. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 19. Mai. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 3. p. 354. (Mit Schüttelfrost eingeliefert. Porro. Jauchige Plazenta noch im Fundus des myomatösen Uterus. Glatte Heilung.

48. Legrand, H., Enucléation abdominale d'un fibrome gravide, accouchement à terme; forceps au détroit supérieur. Soc. de chir. de Paris. Séance du 14 Nov. 1911. Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris. 1911. Nr. 32. p. 1200. Ref. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Nr. 9. p. 142. (Abdominale Enukleation eines grossen Myoms in der vorderen Uteruswand während des dritten Schwangerschaftsmonats. Naht der Höhle mit Catgut und Seide. Die Schwangerschaft wurde ungestört ausgetragen [Hydramnion]. Die langsame Erweiterung des Muttermundes wird der Nähe der Enukleationsnarbe zugeschrieben.)

49. Lehrieder, J., Über die Komplikation von Schwangerschaft und Myom. Diss. Würzburg 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 5. p. 190.

50. Lepage, Fibrome et grossesse. Soc. d'obst., de gyn. et de péd. de Paris. Séance du 13 Nov. 1911. Ref. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Tome 1. p. 471. La Gyn. 16 Année. Nr. 1. p. 42. (Zwei Fälle, welche ohne Eingriff spontan zu Ende gingen. Lepage schliesst daraus: 1. Dass während der Gravidität das Myom in Grösse konstant bleiben kann oder sogar zurückgehen, während der Geburt kann es in die Höhe steigen. 2. Peritoneale Reizungserscheinungen im Verlauf der Schwangerschaft bilden keine genügende Indikation zum chirurgischen Eingreifen. 3. Wenn keine unbedingte Indikation vorliegt, welche chirurgisches Eingreifen während der Geburt nötig machen wird, soll man auch während der Schwangerschaft damit warten.)

51. Levy, T., Über Myom und Schwangerschaft. Diss. Bonn. Nov. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37. p. 2020. (Übersicht über die operativen Fälle von Myom und Gravidität, die in den Jahren 1900 bis 1910/11 in der Bonner Frauenklinik zur Beobachtung kamen. Vaginale Enukleation 1, Laparomyomektomie 4, supravaginale Amputation 12, vaginale Totalexstirpation 2, Totalexstirpation per laparotomiam 2. Von den 21 Fällen kamen 4 ad exitum. Weiter werden die Indikationen zur 1. künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft, 2. Exstirpation bezw. Enukleation des Myoms und 3. Amputatio uteri supravaginalis und Exstirpatio uteri totalis besprochen. Versuche, ein obstruierendes Myom auf schonendste Weise zu reponieren, um die Geburt per vias naturales zu ermöglichen, sind berechtigt. Doch muss jedes forzierte Reponieren vermieden werden, da oft blutreiche Adhärenzen zerrissen werden und so den Verblutungstod der Mutter herbeiführen können.)

52. Löwe, O., Stielgedrehter gravider, myomatöser Uterus. Demonstr. im ärztl. Verein. in Frankfurt a. M. 18. Dez. 1911. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 6. p. 335. (Die Diagnose war auf Extrauteringravidität gestellt. Bei der Operation fand sich jedoch ein gravider myomatöser Uterus, der durch die Hebelwirkung des fruchthaltenden Teiles sich um seine Ansatzstelle an der Scheide um 90° gedreht hatte. Supravaginale Amputation. Heilung.)

53. Mc Pherson, R., Bericht über einen Fall von schwerer Anämie mit jauchendem Myom; Heilung. Bull. of the Lying-in Hospital. Vol. 8. Nr. 3. June. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 49. p. 1679. (Eine 30jährige Vpara, die schon bei der Geburt von Zwillingen viel Blut verloren hatte, bekam am 10. Tage post partum eine schwere Metrorrhagie, als deren Ursache ein nekrotisierendes submuköses Myom sich nachweisen liess. Nach Exstirpation desselben und durch Pleuritis gestörter Rekonvaleszenz Heilung. Genaue Bestimmungen des Hämoglobingehaltes, der Erythrozytenzahl usw. Ersterer war bis auf 10 % heruntergegangen.)

55. Mohr, L., Multiple Myomata des im fünften Monate graviden Uterus. Gyn. Ges. zu Breslau. Sitzg. vom 12. Juni. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41. p. 1376. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 3. p. 368. (Patientin war seit 13 Jahren kinderlos ver-

heiratet. Zahlreiche Myomknoten in verschiedener Grösse, Enukleation unmöglich. Suprazervikale Amputation. Diskussion: Küstner empfiehlt, wenn möglich, die Enukleation; hat wiederholt, auch nach Enukleation von mehreren Myomen die Gravidität zum normalen Ende verlaufen sehen.)

56. Netter, R., L'insertion du placenta dans les utérus fibromateux. Thèse de Paris. 1911. Nr. 49. Ref. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Nr. 7. p. 25. (Knüpft an an einen selbst beobachteten seltenen Fall, dass die Plazenta auf den Tumor inseriert war; meist sitzt sie daneben oder bedeckt die Geschwulst nur zum kleinsten Teil. Erscheinungen können zu jeder Zeit der Schwangerschaft auftreten: Abort, Blutungen, Frühgeburt, vorzeitiger Blasensprung, fehlerhafte Lage des Kindes usw. Auch die Placenta adhaesiva ist dabei nicht selten. Bei der Lösung muss man besonders die Ecken und Ausbuchtungen des Uterus ausräumen.)

57. v. Neugebauer, Demonstration eines myomatösen schwangeren Uterus durch supravaginale Amputation entfernt. Przeglad chir. i gin. Bd. 6. Heft 2. p. 251. (38jährige, 14 Jahre kinderlos verheiratete Frau. Jetzt seit zwei Monaten Amenorrhoe. Die Frau kam in die Ambulanz vor Schmerzen sich windend mit der Klage, sie könne keinen Harn lassen. Als ihr mit dem Katheter beinahe ein Liter Harn abgezapft war, sagte sie, es fehle ihr jetzt nichts mehr, die Schmerzen seien wie weggeblasen. Ursache der Harnverhaltung war die Inkarzeration eines grossen Tumors in cavo Douglasii. Der Tumor wölbte die hintere Scheidenwand unterhalb der Vaginalportion des Uterus konvex nach vorn vor und war hart. Uterushals weich wie bei Schwangerschaft. Oberhalb der Schamfuge ein zweiter Tumor für den schwangeren Uterus angesprochen. Bauchschnitt. Myomatosis uteri multiplex. Der oberhalb der Schamfuge getastete Tumor war ein subseröses Myom der Vorderwand, der den Douglas ausfüllende Tumor ein retrozervikales Myom der hinteren Uteruswand, zwischen diesen beiden Tumoren fand sich das Corpus uteri mit einer zweimonatlichen Schwangerschaft. Amputation. Genesung.)

58. Nigel Stark, J., Fibromyomata of the Uterus complicating Pregnancy. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 22. Nr. 2. p. 89. (Zwei Krankengeschichten und Operationsberichte von Primiparae, bei welchen beiden das Becken ausfüllende Myome als Komplikation ihrer Schwangerschaft vorhanden waren. Indikation zum operativen Eingriff in der ersten Hälfte der Schwangerschaft waren Allgemeinerscheinungen, Schmerzen und Erbrechen. In einem Falle lag auch Placenta praevia vor. Die Indikationsstellung soll individuell sein und nicht jedes Myom in der Schwangerschaft soll operiert und der Uterus entfernt werden.)

59. Paucot, H., Fibrome et grossesse; hémorragie de la délivrance. Réunion obst. de Lille. Séance du 27 Mars 1911. Ref. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Tome 1. p. 197. (Als Ursache der Nachblutung nach der ganz normal verlaufenen zweiten Entbindung einer 26jährigen Frau wurde ein faustgrosses, submuköses Myom der vorderen Uteruswand in der Höhe des inneren Muttermundes festgestellt. Die Plazenta war auf ihr inseriert gewesen. Die Blutung stand auf Tamponade. Zwei Monate später konnte die Untersuchung nur noch ein kaum walnussgrosses Myom nachweisen.)

60. Perner, A., Degenerative Veränderungen der Myome in der Schwangerschaft. Diss. Bonn. Febr. (Zwei eigene Fälle.)

61. Reifferscheid, K., Myom der Portio in der Gravidität. Demonstr. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. Bonn. Sitzg. vom 15. Juli. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 51. p. 2436. (Kindskopfgrosses Myom der hinteren Muttermundslippe bei gleichzeitiger Gravidität mens. V. Das Myom war völlig prolabiert und nicht mehr reponibel; es zeigte bereits Erscheinungen beginnender Nekrose. Abtragung des Myoms durch Keilexzision aus der hinteren Lippe. Am fünften Tage post op. spontaner Abort mens. V.)

62. Richter, B., Eine vaginale Myomenukleation während der Geburt. Ein Beitrag zur Lehre vom Myom und Geburt. Diss. Leipzig. 1911.

64. Rieck, C. A., Demonstration eines grossen Uterus myomatosus, der den Gedanken an einen schwangeren Uterus aufkommen liess. Altonaer ärztl. Verein. Sitzg. vom 28. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 23. p. 1296. (Abnorm starke wässerige Sekretion, die wie Fruchtwasser aussah und zunächst den Gedanken an einen vier- bis fünfmonatlichen schwangeren Uterus mit verletzter Fruchtblase aufkommen liess.)

65. de Rouville, G. et Guirauden, Myome pur de l'utérus compliquant la grossesse. Réunion obst. de Montpellier. Séance du 6 Déc. 1911. Ref. Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris. 14 Année. Nr. 9. Déc. 1911. p. 537. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Tome 1.

p. 397. (38jährige II para. Frühgeburt mens. VI ohne weitere Störung. Im Wochenbett heftige Schmerzen, Erbrechen und Auftreibung des Leibes, ohne Fieber. Hysterektomie, Heilung. Das Myom zeigte adenomatöse Veränderungen.)

66. — — Myomes rouges de l'utérus. Réun. obst. et gyn. de Montpellier. Séance du 7 Févr. Ref. Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris. 1 Année. Nr. 2. p. 144. (Ein Fall kombiniert mit Schwangerschaft. Glauben, dass es sich um beginnende maligne Degeneration handelt, obschon auch entzündliche Hyperämie infolge der Gravidität nicht zu verkennen ist.)

67. Runge, E., Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, kompliziert durch Genitaltumoren. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 37. p. 1774. (Der jetzige Stand der Frage der Behandlung.)

68. Samson, Zur Behandlung der Geburt bei Cervixfibromyomen. Diss. Würzburg 1911. (Kasuistisch. 42jährige Multipara. Zweifaustgrosses Myom der hinteren Cervixwand, Kopf beweglich über dem Becken, Tympania uteri, Temperatur 38,5. Patientin hatte schon 36 Stunden gekreisst, Kind war abgestorben. Vaginale Enukleation des Myoms, Perforation, Kranioklasie. Wegen starker Blutung feste Tamponade des Geschwulstbettes und der Scheide. Heilung.)

69. Schardt, J., Zur Kasuistik der Myome. Myome und Fertilität. Diss. München. Jan.

70. Scipiades, E., Myom und Schwangerschaft. Mitteil. a. d. zweiten Frauenklinik d. Universität Budapest. Bd. 2. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5. p. 149. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. Heft 2. p. 721. (Zur Beschaffung von Vergleichsdaten wurde neben das Material von 985 Myomfällen der Budapester Klinik die Volksbewegungsstatistik des ungarischen Reiches benutzt. Die Sterilitätsziffer bei Myomkranken ist ungefähr das sechsfache des durchschnittlichen Sterilitätsprozentes. Sie übertrifft die Sterilitätsziffer der Frauen, die an sonstigen Frauenkrankheiten leiden, fast um das Doppelte. Die Fertilität derjenigen Myomkranken, die weit vor dem Auftreten ihrer Myombeschwerden der Möglichkeit einer Konzeption ausgesetzt waren, beträgt nur die Hälfte der Durchschnittszahl. Die Möglichkeit einer Befruchtung ist dann am wahrscheinlichsten, wenn der Tumor unter Apfelgrösse bleibt und weder die Uterushöhle, noch ihre Schleimhaut beeinflusst. Zur Zeit der Myombeschwerden ist daher die Konzeption eine so grosse Seltenheit, dass die Fertilität solcher Frauen nur 0,01 % beträgt. Der Einfluss der Sterilität auf das Myom ist u. a. folgender: Bei Frauen, die infolge ihrer Virginität oder anderer Ursachen steril blieben, beobachtet man sehr grosse, interstitielle, zu Radikaloperation zwingende Geschwülste häufiger als bei Frauen, die vor dem Auftreten der Myombeschwerden fruchtbar waren. Dass ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Myom und primärer bezw. sekundärer Sterilität besteht, ergibt sich u. a. auch aus Verf.'s Erfahrung über konservative Myomoperationen. Von den sterilen Frauen, die vor und nach der konservativen Myomoperation geschlechtlich gesund waren, konzipierten ca. 70 %; bei den 30 % steril gebliebenen aber war die genitale Gesundheit hinsichtlich Eignung zur Konzeption zweifelhaft.)

71. Seitz, L., 1. Myom des Lig. rotundum. 2. Myom, ausgehend von der hinteren Uteruswand nahe der Cervix bei Gravidität im 10. Monat. Der gänseeigrosse Tumor wurde vaginal entfernt, zwei Tage nachher Spontangeburt, Heilung. Fränk. Ges. f. Geb. u. Frauenheilk. Nov. 1911. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 1. p. 52.

72. Siegel, P. W., Genitaltumoren und Schwangerschaft. Diss. Freiburg 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 50. p. 1719. (Myome wurden seit 1904 16mal beobachtet mit 17 Graviditäten. Bei diesen wurden 10 Kinder lebend geboren, davon vier durch Operation, sechs spontan. Zwei submuköse Myome wurden abgetragen, sechsmal wurde Totalexstirpation des graviden bezw. puerperalen Uterus nötig, mit einem Exitus an Peritonitis. Wehenschwäche wurde mehrmals, vorzeitige Plazentarlösung nur einmal, atonische Nachblutung oder unvollkommene Plazentarlösung nie beobachtet.)

74. Stähler, F., Demonstrationen. a) Fibromyoma uteri mit intrauteriner Gravidität. b) Uterusmyom mit Tubargravidität (2 Fälle). Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 19. Nov. 1911. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 364. (Kasuistische Mitteilungen, die im Original durchgelesen werden müssen. Diskussion: Sellheim, Franqué, Sippel, welche sich besonders auf die Erklärung des Schmerzes beim Zusammentreffen von Myom und Schwangerschaft bezieht.)

75. Stark, Fibromyomata of the uterus complicating pregnancy. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. August. p. 89. (cf. Nigel Stark.)
76. Stieber et R. Garipuy, Fibrome praevia. Opération césarienne conservatrice. Dilatation gastro-duodénale aiguë post-opératoire et arythmie cardiaque. Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse. Séance du 7 Févr. Ref. Arch. mens. d'obst. et de gyn. 1 Année. Nr. 9. p. 128. (30jährige Ipara. Querlage infolge eines links im Becken liegenden, den normalen Austritt des Kindes verhindernden Cervixmyoms. Bei Eintritt der Wehen tritt der Tumor tiefer, statt spontan aus dem Becken herausgezogen zu werden. Kaiserschnitt. Myom und Uterus werden zurückgelassen; Enukleation war nicht möglich und bisher hatte der Tumor keine Erscheinungen gemacht. Das weitere ist aus dem Titel zu ersehen. Diskussion: Garipuy.)
77. Strassmann, P., Zwei vaginale Myomenukleationen in der Geburt. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 14. Juni. Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. Heft 2. p. 509. (Erwähnung sämtlicher sieben Fälle aus der Literatur, sowie zweier eigene Fälle. Die eine Patientin war eine 23jährige Erstgebärende, die andere eine 34jährige IIpara. Kinder ausgetragen. Nachdem das zervikale Myom vaginal enukleiert war, wurde in einem Falle das Kind mit der Zange, im anderen durch Wendung und Extraktion geboren. Beide Kinder leben. Die Myomhöhlen wurden austamponiert und die Tamponade allmählich, bis zum achten Tage, ganz entfernt. Beide Mütter machten eine ungestörte Heilung durch. Bei der Ipara musste der Uterus wegen Atonie tamponiert werden. Das Peritoneum wurde bei der Enukleation nicht eröffnet. Diskussion: Franz will wegen der Infektionsgefahr mit dem operativen Eingriff nicht warten, bis der Muttermund vollständig eröffnet ist, sondern das Myom enukleieren und dann den vaginalen Kaiserschnitt machen.)
78. Szametz, L., Über den Einfluss der Myome auf die Sterilität und Fertilität. Wiener klin. Rundschau. Nr. 49—51. Diss. Freiburg. Juli. (Subseröse Myome sollen gar keine Primärsterilität bedingen; interstitielle eine über die Norm mässig gesteigerte, während submuköse und multiple teils submuköse eine um etwa 10 % resp. 18 % gesteigerte Primärsterilität bedingen. Die Frage, ob und welchen Einfluss Myome auf die Konzeption haben, beantwortet Verf. dahin, dass ein solcher Einfluss vorhanden ist, indem submuköse Myome sehr oft von vornherein eine Behinderung der Konzeption bedingen. Die Myome sind auch für die Fertilitätsherabminderung verantwortlich zu machen.)
81. Taylor, H. C., Fibroma uteri and pregnancy; Myomectomy. New York Obst. Soc. Meeting of April 9. Ref. Amer. Journ. of Obst. Vol. 66. Nr. 416. p. 268. (Drei Fälle. Es handelte sich um interstitielle Myome von Trauben- bis Apfelsinengrösse; die Graviditäten waren im dritten bis sechsten Monat. Abort trat nicht ein.)
82. Troell, A., Uterusmyom, Sterilität und Fertilität. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 5. p. 560. (Die primäre Sterilität und geringe Fertilität stehen in einer engen Beziehung zu dem Vorkommen von Myomen; das scheint auch von der sekundären Sterilität zu gelten. Gegen die Auffassung des Myoms als Befruchtungshindernis sprechen jedoch verschiedene Momente. Abgesehen von den Schwangerschaften bei sicher konstatiertem Myom wird auch das Myom selten in einem Alter gefunden, aus dem meist die Sterilität datiert. Der Konnex zwischen Sterilität und Myom wäre in folgender Weise zu denken: der Uterus besitzt in sich selbst eine Tendenz zu wachsen. Diese Wachstumstendenz kommt physiologisch zum Ausdruck in der Schwangerschaft. Tritt keine Befruchtung ein, so macht sich die Tendenz in pathologischer Weise durch Myombildung geltend. Bei frühzeitig einsetzender Menarche und Pubertät besteht eine grössere Aussicht für Myombildung, wenn das Individuum nicht konzipiert.)
83. Vallois, Fibrome du col compliqu nt la grossesse. Réunion obst. de Montpellier. Séance du 6 Déc. 1911. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. de Paris. 14 Année. Nr. 9. Déc. 1911. p. 543. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Tome 1. p. 397. (44jährige IVpara, wegen Blutungen als Placenta praevia eingeliefert. Vaginale Enukleation des kindskopfgrossen Myoms der Cervix. 14 Tage später spontane Geburt eines mazerierten Fötus mit Evolutio spontanea.)
84. Vineberg, H. N., Postabortive septic Fibroid of the Uterus. New York Acad. of Med. Febr. 23. Ref. The Amer. Journ. of Obst. Vol. 65. Nr. 413. p. 862. Vol. 66. Nr. 416. p. 260. (Drei Fälle von Abort, kombiniert mit submukösen Myomen des Uterus. Beim ersten entstand nach Ausräumung der verhaltenen Plazenta Septikämie, welche nach Uterusexstirpation heilte. Alle drei Frauen waren Primigravidae und hatten

bis dahin keine Erscheinungen ihres Myoms gehabt. Auch in den beiden letzten Fällen wurde der Uterus exstirpiert.)

85. Waldo, R., A case of Fibroid complicating a Pregnancy at the fourth month. New York Acad. of Med.; Sect. on Obst. and Gyn. Meeting of Jan. 25. Ref. The Amer. Journ. of Obst. Vol. 65. Whole Nr. 412. p. 652. (Kasuistisch. Hysterektomie, Heilung. Diskussion: Vineberg, teilt drei andere Fälle mit. A. Stein, ebenfalls ein Fall; es wurde Hysterektomie gemacht aus Angst für Uterusruptur am Ende der Gravidität, wenn das Myom enukleiert wäre. Brickner, Waldo.)

86. Ward jr., G. G., Fibroma uteri complicating Pregnancy. Myomectomy. New York Obst. Soc. Meeting of April 9. Ref. The Amer. Journ. of Obst. Vol. 66. Whole Nr. 416. p. 262. (Kasuistisch. Gravidität im vierten bis fünften Monat. Es gelingt, das kindskopfgrosse Myom abdominal zu enukleieren, ohne die Uterushöhle zu eröffnen. Naht mit Catgut fortlaufend. 34 Tage nach der Operation tritt aber die Fehlgeburt ein. Es handelte sich um eine 44jährige Erstgeschwängerte. Diskussion: Boldt, Polak, Flint, Taylor, Vineberg, Mc Naughton.)

87. Young, E. Boyen and J. T. Williams, The relationship of fibroids to sterility. The Bost. med. and surg. Journ. 1911. Nr. 22. Nov.

88. Young, J. v. Doren, A case of Myomectomy during pregnancy; Abortion, followed by a normal pregnancy. New York Obst. Soc. Meeting of April 9. Ref. The Amer. Journ. of Obst. Vol. 66. Whole Nr. 416. p. 265. (33jährige Primigravida mens. IV. Ein Myom füllt das Becken aus. Wegen Drucksymptomen und Schmerzen abdominale Enukleation desselben, ohne Eröffnung der Uterushöhle. Am nächsten Tage Abort. 16 Monate später normale Geburt eines ausgetragenen Kindes.)

Fälle von Zusammentreffen von Myom und Schwangerschaft sind wieder in grosser Zahl veröffentlicht worden.

Cathala (10), Fabre und Rheuter (21), Hussey (40), v. Klein (43) und Stieber und Garipuy (76) sahen sich gezwungen, wegen eines im Becken eingekeilten Myoms als Geburtshindernis den Kaiserschnitt zu machen. In den Fällen von Fukase (26) und Samson (68) war infolge der langen Geburtsdauer das Kind abgestorben und wurde perforiert. Fukase musste am nächsten Tage wegen inkompletter Uterusruptur den Uterus exstirpieren, Samson hatte schon vorher das Cervixmyom vaginal enukleieren können.

Während der Schwangerschaft nehmen oft die Myome schnell an Grösse zu [Brindeau (7), Deane (14), Ertl (20)]. Letzterer findet darin sogar ein Zeichen der Gravidität. Die Vergrösserung der Tumoren soll aber nicht als echtes Wachstum, sondern als seröse Durchtränkung aufzufassen sein, welche meist mit degenerativen Erweichungsvorgängen im Zentrum der Knoten Hand in Hand geht.

Eine solche Myomnekrose in der Gravidität (s. oben p. 135) wurde gleichfalls von Bablet (1), Chavannaz (11), Fraipont (24), Halban (35), Ihm (41) und Perner (60) beobachtet. Die Ursache derselben ist wohl in Kompression der kleinen Gefässe, welche die Myome ernähren, zu suchen (Fraipont, Ihm). Andere glauben dafür im Sinne von Ribbert eine Toxinwirkung verantwortlich machen zu müssen (Halban). Latzko (Diskussion zu Halban) glaubt aber nicht an die Verschleppung von Giften und hält alles für Infektion. Die klinischen Erscheinungen der Nekrose sind plötzlich auftretende heftige Schmerzen, peritonitische Symptome, kleiner frequenter Puls, gesteigerte Temperatur und erhebliche Störung des Allgemeinbefindens. Die Allgemeinerscheinungen sind durch die von den Zerfallsprodukten ausgehenden Autointoxikationen zwanglos zu erklären (Ihm). Auffallend ist das Überwiegen der Erstgeschwängerten unter den Kranken. Die Prognose ist gut, sofern möglichst bald zur Hysterektomie geschritten wird.

Stieldrehung eines graviden, myomatösen Uterus hat Löwe (52) beobachtet. Die Diagnose war auf Intrauteringravidität gestellt worden. Zu derselben Fehldiagnose hatte der Fall Döderlein und Herzog (17) geführt. Hier handelte es sich jedoch um eine Schwangerschaft in einem Adenomyom. Die Höhle desselben stand durch einen Spalt entsprechend dem linken Tubenwinkel mit der Uterushöhle in Verbindung. Serienschnitte zeigten, dass sich die Schwangerschaft nicht in einem Reste des Gärtnerschen Ganges entwickelt hatte.

Stähler (74) hat das Zusammentreffen einer Graviditas extrauterina mit Uterusmyom mitgeteilt. In der Diskussion über diesen Fall (Sellheim, Franqué, Sippel) kam besonders das Symptom des Schmerzes beim Zusammentreffen von Myom und Schwangerschaft zur Sprache.

Die Gegenwart von Myomen im Uterus kann zu Abort Anlass geben. Bonamy (4) und Ertl (20) haben solche Fälle beschrieben. Nach erfolgtem Abgang der Frucht ist die Verhaltung der Plazenta im myomatösen Uterus nichts Seltenes. Neben deren gewöhnlichen Folgeerscheinungen, wie Blutung und Fieber, ist die Infektion der verhaltenen Plazenta wie des Tumors zu befürchten. Grasset (33), Kupferberg (46) und Vineberg (84) sahen sich genötigt, deswegen den Uterus zu exstirpieren.

Auch nach normalen Geburten sind mehrfach Myome im Uterus zufällig beobachtet worden. Nachblutung oder Retention der Plazenta machte Eingehen mit der Hand im Uterus nötig und dabei wurde das Vorhandensein eines Myoms entdeckt. Gonnet (29), Krüger-Franke (45) und Mc Pherson (53) konnten den Tumor einfach ausschälen und die Blutung stand; die Patientinnen heilten ohne Störung. De Rouville und Guirauden (65) machten wegen peritonitischen Erscheinungen, welche im Wochenbette auftraten, Hysterektomie. Paucot (59) dagegen tamponierte den Uterus und liess das Myom ruhig sitzen. Zwei Monate später konnte die Untersuchung nur noch ein kaum walnussgrosses Myom nachweisen. Auch von anderer Seite wurde die spontane Rückbildung der Myome im Puerperium beobachtet und deswegen die operative Entfernung des Uterus widerraten [Potocki in der Diskussion zu Cathala (10)].

Netter (56) hat das Thema der Insertion der Plazenta im myomatösen Uterus einem genauen Studium unterzogen. Meist sitzt die Plazenta neben dem Tumor oder bedeckt die Geschwulst nur zum kleinsten Teil. Fergusson und Young (23) haben bei zwei von der Cervixmukosa ausgehenden Polypen in der Schwangerschaft die interessante Beobachtung gemacht, dass in der Schleimhaut deciduale Veränderungen vorkamen. Diese sollen sonst in der Cervixmukosa fehlen.

Für die Therapie kommen in der Schwangerschaft sowohl die konservativen Operationen, wie die Hysterektomie in Betracht. Gegen zu vieles Operieren überhaupt warnt Lepage (50). Levy (51) hat in seiner Dissertation die operativen Fälle der Bonner Klinik über die Jahre 1900—1910/11 zusammengestellt. Unzählig sind die Fälle, in denen mit gutem Erfolg in bezug auf Fortgang der Gravidität entweder vaginal oder abdominal ein oder mehrere Myome enukleiert wurden. Erwähnt seien hier nur die Fälle von Carmichael (9), Deane (14), Fries (25; hier wurde sogar gleichzeitig auch noch ein neben dem Uterus liegender orangegrosser Echinococcussack entfernt, ohne dass die Schwangerschaft dadurch gestört wurde), Gottschalk (31), Gutzmann (34), Hartmann (37), Koblanck (44); Legrand (48), Menge (p. 147 Nr. 60), Küstner [in der Diskussion zu Mohr (55)], Schöpp (siehe „Myom", Nr. 156), Taylor (81) und Ward (86), die alle abdominal enukleierten. Beroman (3), Hellier (38), Richter (62), Seitz (71) und Vallois (83) konnten alle mit gutem Erfolge eine vaginale Ausschälung des Tumors während der Schwangerschaft ausführen. Strassmann (77) hat damit bis zum Eintritt der Geburt und der vollständigen Eröffnung des Muttermundes gewartet und im Anschluss daran dann sofort die Kinder mit Hilfe der Zange oder der Wendung entwickelt. Franz (Diskussion zu Strassmann) will wegen der Infektionsgefahr mit dem operativen Eingriff nicht warten, bis der Muttermund vollständig eröffnet ist, sondern das Myom enukleieren und dann den vaginalen Kaiserschnitt machen.

Äusserst wichtig sind die Nachforschungen über den Verlauf der späteren Geburten nach vorangegangener Myomenukleation aus der Uteruswand. Engström (19) gibt darüber eine ausführliche Statistik und seine Resultate sind sehr günstige. Gottschalk (31) berichtet über einen Fall, in dem früher ein ca. kindskopfgrosses intramurales Myom abdominal enukleiert wurde und jetzt wieder eine ungestörte Schwangerschaft und Geburt eintraten. Auch Menge (p. 147 Nr. 60) und Schöpp (siehe „Myom", Nr. 156) sahen wiederholt nach Myomektomie wieder Schwangerschaft eintreten. Young (88) berichtet einen diesbezüglichen weiteren Fall und auch Lamers [siehe „Myom" (90)] fand in seiner Nachuntersuchung nach dem Erfolg der vaginalen Myomenukleation keine Erhöhung der Zahl der Fehlgeburten eintreten.

Der Einfluss der Gebärmuttermyome auf Fertilität und Sterilität der Frau bildet ein besonders beliebtes Thema zu Dissertationsarbeiten; es fand zu diesem Zwecke jedenfalls in ausgiebigster Weise Verwendung und die Schlüsse, zu denen die Autoren kommen, sind so verschieden, wie die Kliniken, aus denen die Arbeiten stammen. Es seien nur folgende erwähnt: Facilides (22), Goetze (28), Katz (42), Schardt (69), Scipiades (70), Szametz (78), Troell (82) und Young und Williams (87).

Fälle, in denen Myome zu Verwechselung mit Gravidität Anlass gaben, wurden von Delaunay (16) und Rieck (64) publiziert.

Karzinome.

1. Abramowski, Gesetzmässiger Sitz des Krebses. Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. 12. Heft 2. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 48. p. 2284. (Verf. zieht aus der Beobachtung, dass der Krebs am seltensten in Organen mit andauernder ruheloser Funktion, am häufigsten in Organen vorkommt, die sich im Zustande seniler Involution befinden oder doch nur geringe Tätigkeit aufweisen, den Schluss, dass die Drüsensekrete hemmend auf die Krebsentwickelung wirken, so dass es auch an günstigen Stellen [Mastdarm] jahrelang dauert, bis Symptome der Neubildung auftreten. Die metastasierenden Krebszellen scheinen aber durch die Drüsensekrete nicht gehemmt zu werden, da sie schneller wachsen, als die primäre Geschwulst. Vielleicht kommen hier Antikörper in Frage, deren Kraft im Körper durch das erfolgreiche Anwachsen des Primärherdes gebrochen wird. Die Tierversuche v. Dungerns sprechen dafür.)

1a. d'Agata, G., Sulla deviazione del complemente nei tumori maligni. (Die Kommentablenkung bei bösartigen Geschwülsten.) Rassegna di Ostetr. e Ginec. Anno XXI. Nr. 12. (Artom di S. Agnese.)

2. Ahern, Opération de Wertheim pour cancer du col utérin. Bull. méd. de Quebec. Févr.

3. Amann, J. A., Vorschläge zur Einschränkung der Infektionsgefahr bei der abdominalen Radikaloperation des Uteruskarzinoms. VI. Internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sept. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 41. p. 2253. (Da im Moment der Eröffnung der Scheide eine ausgedehnte Propagation der virulenten Keime des Karzinomherdes über das ganze Operationsfeld erfolgt, soll mit der Eröffnung gewartet werden, bis zum Schluss der Operation nach vollständiger Fertigstellung der Blutbildung, Ureterdeckung und Peritonisierung. Prophylaktisch muss die Abdominalhöhle selbst auch für die Zeit nach der Operation durch exakte Flexur- bezw. Rektumdeckung von dem Operationsbereich im kleinen Becken ausgeschaltet werden.)

4. — Demonstration von sechs Fällen von peri- und paraurethralen Metastasen von Korpuskarzinomen. Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. in München. Sitzg. vom 7. Juli. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 35. p. 1932.

5. Aschheim, S., Korpuskarzinom mit Knorpelzellen. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 8. Nov. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 49. p. 2337. (Kasuistisch. 52jährige Frau.)

6. Atlee, Uterine cancer and its early diagnosis, original research from subjective symptoms. Med. Record. 1911. Nr. 20.

7. Bainbridge, W. S., Arterienunterbindung bei inoperablem Uteruskarzinom. Womans med. Journ. 1911. April. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13. p. 416. (Technik: Das Peritoneum wird an der Hinterwand des Beckens durch einen mit der Konvexität nach oben gerichteten Schnitt, der beiderseits bis zur Abzweigungsstelle der Hypogastricae geht, gespalten. Die Ovaricae werden beiderseits dicht oberhalb der Linea innominata einfach unterbunden; die Hypogastricae sorgfältig freipräpariert, doppelt unterbunden und das zwischen beiden Unterbindungsstücken gelegene Stück abgeklemmt. Dann wird die Sacralis media aufgesucht, einfach unterbunden und schliesslich das Peritoneum wieder geschlossen. 24 Fälle wurden in dieser Weise behandelt. Drei starben vier Tage nach der Operation, drei konnten nicht wiederbestellt werden. Die Lebensdauer nach der Operation schwankte von sieben Wochen bis 4 Jahren vier Monaten. Darunter waren acht, die länger als acht Monate lebten. Bei 20 Fällen ein deutliches Nachlassen der Beschwerden zu konstatieren; das Wachstum der Karzinome bei 10 Fällen verzögert. Dieser Einfluss zweifelhaft bei neun Fällen; in vier Fällen kein Einfluss auf das Wachstum zu konstatieren.)

8. Ballerini, G., Seltene Metastasen des Uteruskarzinoms. Annali di Ostetr. Giulio. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 6. p. 739. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 22. Nr. 3. p. 180. (Zwei Fälle von Krebsmetastasen in die Scheidenschleimhaut. In einem dritten Falle multiple Metastasen in der rechten Achselhöhle, am Oberarm und später in der linken Achselhöhle. In allen drei Fällen war der primäre Tumor vor 6—12 Monaten durch Totalexstirpation entfernt. Direkte Implantation in den beiden ersten Fällen ausgeschlossen, da die Metastasen in der intakten Schleimhaut sassen.)

9. Barbour, A. H. F., und B. P. Watson, Zwei Fälle von Peritheliom. Transact. of the Edinb. obst. Soc. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19. p. 629. (Im ersten Falle [58jährige Frau] hatte der Uterus die Grösse einer Gravidität im fünften Monat.

Der Tumor sass am Fundus und ragte in das Cavum uteri hinein. Amputatio uteri, glatte Heilung. Im zweiten Falle handelte es sich um einen sehr malignen Tumor der rechten Tube, der bereits zahlreiche Metastasen gemacht hatte. Die Frau starb kurze Zeit nach der Probelaparotomie.)

10. Barthels, J., Beitrag zur Operation des Carcinoma uteri. Diss. Berlin. Dez. 1911.

11. Bashford, E. F., Das Krebsproblem. Zweite Leyden-Vorlesung, gehalten am 21. Okt. im Verein f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Berlin. Deutsche med. Wochenschr. 1913. Nr. 1. p. 4. (Befasst sich mit dem Krebsproblem im allgemeinen: über das Auftreten des Krebses in den verschiedensten Ländern und bei verschiedenen Völkern, seine Häufigkeit abhängig von Alter und Geschlecht und die Verschiedenheit des Einflusses des Geschlechtes bei Krebs verschiedener Organe, Ätiologie, Ursprung, Wachstum, Infektiosität usw.)

12. Baudoin, Une consultation de quatre grands chirurgiens en 1862 sur un cas de cancer utérin. Arch. provinciales de chir. Nr. 1.

13. Bauereisen, A., Über bakteriologische Kontrolluntersuchungen vor und bei gynäkologischen Operationen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13. p. 386. (Nachprüfung der „Dreitupferprobe" von Liepmann. Die endogenen Keime, die bei Carcinoma cervicis und Adnexerkrankungen gefunden werden, spielen eine ernstere Rolle hinsichtlich der postoperativen Infektionen, während bei den anderen gynäkologischen Erkrankungen die endogenen Keime in der Regel so gut wie ungefährlich sind. Die das Karzinom bewohnenden Mikroorganismen können dauernd infolge der für sie günstigen Wachstumsverhältnisse virulent bleiben und finden nach der Radikaloperation so enorme Wundhöhlen und widerstandsunfähiges Gewebe, dass ihrem Eindringen auch bei geschwächter Virulenz kein Widerstand geleistet wird. Der Eiter der Adnextumoren ist in der Mehrzahl der Fälle bei der Operation steril. Die Virulenz der gefundenen Keime offenbart sich erst aus dem klinischen Verlauf. Die bakteriologischen Kontrolluntersuchungen sind imstande, die vielseitigen Störungen in der Rekonvaleszenz aufzuklären und Direktiven für die einzuschlagende Wundbehandlung zu geben; bei der Stellung einer einigermassen sicheren Prognose des Heilverlaufes versagen sie aber. Die schönsten Erfolge weisen die bakteriologischen Kontrolluntersuchungen hinsichtlich des Schutzes der Bauchschnittwunden auf.)

14. Beard, J., The Enzyme Treatment of Cancer and ist Scientific Basis. London: Chatto and Windus. 308 Seiten; 11 Figuren. Ref. The Brit. med. Journ. 1913. Nr. 2716. p. 121.

15. Bégouin, P., Cancer du corps utérin. Soc. de Gyn. d'Obst. et de Péd. de Bordeaux. Séance du 14 Nov. 1911. Ref. La Gyn. 16 Année. Nr. 4. p. 241. (Karzinom des Korpus bis unter das Peritoneum vorgedrungen und wölbt es vor. Darm und Netz adhärent. Dieses Karzinom soll seit fünf Jahren bestanden haben. Demonstration des Operationspräparates.)

16. Berkeley, W. N., and S. P. Beebe, A preliminary Report on a new Antiserum for Cancer. New York Acad. of Med. Meeting of Febr. 23. Ref. Amer. Journ. of Obst. Vol. 65. Whole Nr. 413. p. 867. (Aus einem Stück des operativ entfernten Karzinoms wurde ein Extrakt hergestellt. Das Serum der mit diesem Extrakt gespritzten Tiere bewirkte in sechs Fällen Rückgang oder Verschwinden des Tumorrestes bei der betreffenden Patientin. In sechs anderen Fällen trat innerhalb 3—6 Monaten nach Totalexstirpation der malignen Geschwulst kein Rezidiv auf. Ein ähnliches Resultat wurde in keinem Falle mit indifferentem Serum erreicht. Das autogene Serum soll wirksamer sein, wie das aus einem körperfremden Tumor hergestellte und es soll ein quantitatives Verhältnis bestehen zwischen der Menge des gebrauchten Serums und der Grösse des zum Verschwinden gebrachten Stück Tumors. Es wird die Serumbehandlung besonders zur Verhütung von Rezidiven empfohlen. Die Fälle sind nicht überzeugend.)

16a. Bertoloni, G., Contributo anatomo-patologico e clinico allo studio del corionepitelioma. (Con una tavola.) Pathologisch-anatomischer und klinischer Beitrag zum Studium des Chorionepithelioms (mit einer Tafel). Folia Gynaecologica. Vol. VII. Fasc. 1. p. 53. 1912. (Artom di Sant' Agnese.)

17. Bétrix, A., Traitement non opératoire du cancer de l'utérus. Gyn. Helvetia. Frühlingsausgabe. p. 187. La Gyn. 1911. Nr. 6. p. 337. (Empfiehlt die möglichst vollständige Entfernung der Tumormassen mit dem scharfen Löffel und Stillung der dabei oft sehr beträchtlichen Blutung mit dem Ferrum candens. Die Tumorzellen sollen gegen thermische Einflüsse eine viel geringere Widerstandsfähigkeit besitzen

wie normale Gewebszellen. Der Schorf wird mit Dermatol bestreut und die Vaginaltamponade von steriler Gaze drei bis fünf Tage liegen gelassen. Nach Abstossung des Schorfes nach 12 bis 15 Tagen wird die Wundhöhle mit Kausticis geätzt. Mit dieser Methode wurden Besserungen bis zu 11 Jahren erzielt. Weiter wird noch das therapeutische Vorgehen bei Vesikovaginalfisteln, Rektovaginalfisteln, beim Auftreten heftiger Schmerzen und bei sehr übelriechendem Ausfluss besprochen.)

18. Beuttner, O., Trois cas de cancer du col, opérés par la méthode de Wertheim, avec drainage. Soc. méd. de Genève. Séance du 30 Mai. Ref. La Presse méd. Nr. 71. p. 726. (Im dritten Falle entstand eine Uretervaginalfistel. Trotzdem glaubt Beuttner, dass diese Gefahr bei der Drainage nicht gross sei.)

19. — Tamponade, Drainage und Peritonisation im Kampf gegen die Infektion bei der abdominalen Operation des Gebärmutterkrebses. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 32. p. 509. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 1. p. 47. Therap. Monatshefte. 26. Jahrg. Nr. 9. p. 690. (Methode: Fixation des Blasenperitoneums an die vordere Vaginalwand, Fixation des Peritoneums im Douglas an die hintere Scheidenwand. Drainage der beiden Parametrien mit Xeroformgazestreifen, deren Enden durch die Vagina hinausgeleitet werden. Darüber werden die beiden Blätter der breiten Mutterbänder vernäht, mit Offenlassen eines kleinen Loches für den Gazestreifen. Ein Mikulicztampon füllt die Taschen der Parametrien vollständig aus und wird durch eine weite Öffnung in der Bauchwunde herausgeleitet. Bericht über 31 Operationen.)

20. Bikel, O., Über multiple primäre Karzinome. Diss. Heidelberg. Jan.

21. Blum, V., Kystoskopische Befunde bei Carcinoma uteri. III. Kongr. d. Deutsch. Ges. f. Urol. Sept. 1911. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 14. p. 924. (Blasenbefunde lassen, abgesehen von vollkommenem Einbruch des Karzinoms in die Blasenhöhle, keine sicheren Anhaltspunkte für die Annäherung der Tumormassen an die Blase gewinnen. Auch der Ureter kann kystoskopisch vollkommen normal aussehen, für den Katheter leicht passierbar und dennoch von Karzinommassen umwachsen sein.)

22. Bonney, V., Die Diagnose und operative Behandlung des Karzinoms der Vulva, Vagina und Uterus. Practitioner. April. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35. p. 1168. (Das Vulvakarzinom soll sich stets auf dem Boden einer Leukoplakie entwickeln. Bonney hat Leukoplakie schon bei Frauen im dritten Lebensdezennium und im Anschluss daran Vulvakarzinom gesehen. Das primäre Scheidenkarzinom, dessen grosse Seltenheit hervorgehoben wird, kennzeichnet sich als Geschwür mit rauhen, warzigen Rändern und Neigung zu Blutung. Beim Kollumkrebs betont Verf. die Unmöglichkeit, eine Erosion von Karzinom im Beginn zu unterscheiden, wie überhaupt nach seiner Ansicht die meisten Kollumkarzinome auf dem Boden einer Erosion entstehen sollen. Es werden vier Typen unterschieden: 1. ein fungöser, 2. ein ulzerierender, 3. ein infiltrierender, hypertrophischer und 4. ein infiltrierender atrophischer. Empfehlung der radikalsten Operationsverfahren.)

23. Bovée, J. W., Statistics in radical operation for cancer of the cervix uteri. Amer. Journ. of Obst. Vol. 66. Nr. 417. p. 380. (Statistik über 36 abdominale Totalexstirpationen, deren erste im Jahre 1898 ausgeführt wurde, die aber alle mehr wie drei Jahre zurückliegen. Primär gestorben sind neun Patientinnen; infolge von Rezidiven starben sechs; an anderen Erkrankungen drei. Zehn Patientinnen sind verschollen. Bei einem Falle wurde ein Stück des Ureters reseziert und der Stumpf in die Blase implantiert. Die Patientin starb 11 Jahre später an Rezidiv. B. unterbindet beiderseits den Stamm, oder wenn er dick ist, den vorderen Ast der Art. iliaca interna und trennt den Uterus von der Scheide mit Hilfe eines angiotribeartigen Elektrothermokauters nach Downes. Die Lymphdrüsen entfernt er jetzt nicht mehr so sorgfältig wie früher, da die Primärmortalität durch den Zeitverlust erhöht werden soll. Die Operation soll innerhalb einer Stunde beendet sein. Bovée will die vaginale Operation nur in den Fällen angewendet sehen, wo der Zustand der Patientin die ausgiebige Ausräumung des Beckens auf abdominalem Wege nicht mehr gestattet.)

24. de Bovis, R., Radikale oder partielle Operation bei Uteruskarzinom. Sem. méd. Nr. 30. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 35. p. 1662. (Im Anschluss an Theilhabers Empfehlung eines möglichst kleinen Eingriffes bei Uteruskarzinom bespricht der Verf. das Pro und Kontra dieses Standpunktes und, wenn er auch nicht so weit geht, wie Th., so ist er auch für Einschränkung des Eingriffes und polemisiert gegen die „erweiterte" Totalexstirpation wegen der Erhöhung der primären Mortalität. Es gibt in bezug auf Wachstumstendenz und Metastasierung gutartige und bösartige

Karzinome; die ersten sind durch [eventuell sogar ungenügende] Eingriffe heilbar, die letzteren dagegen sind auch durch die ausgedehnteste Operation nicht zu bekämpfen.)

25. Brant, W., Fibromyom und Karzinom. Russki Wratsch. 1911. Nr. 42, 150 u. f.

26. Brettauer, J., Results of 20 cases of abdominal hysterectomy for cancer of the uterus. Transact. of the Amer. gyn. Soc. Amer. Journ. of Obst. Vol. 66. Nr. 418. p. 624. (Keine Patientin lebte länger wie drei Jahre nach der Operation; drei starben primär, davon zwei an Sepsis, eine an Verblutung. Brettauer hat in 10 Jahren auf 15 000 gynäkologische Fälle 20 inoperable und 19 operable Cervixkarzinome gesehen.)

27. Broun, L., Squamous Epithelioma of the Cervix associated with tuberculous Salpingitis. New York Acad. of Med. Meeting of Dec. 28. 1911. Ref. Amer. Journ. of Obst. Vol. 65. Nr. 411. p. 482. (Krankengeschichte und Operationsbericht.)

28. — On the Operability of the Cancer of the Uterus. Transact. of the Amer. gyn. Soc. Amer. Journ. of Obst. Vol. 66. Nr. 418. p. 624. (Vergleich zwischen den Operabilitätsprozenten der verschiedenen deutschen, französischen und amerikanischen Kliniken. Letztere haben die kleinsten.)

29. Busse, W., Über Dauerresultate bei der Operation des Uteruskarzinoms nach den abdominalen Methoden (I. Mitteilung). Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 1. p. 35. (Betrifft das von Krönig 1903 und 1904 operierte Material der Jenenser Klinik. Nachschrift von Krönig [siehe dort].)

30. Cameron, H. C., Cancer of the cervix. Med. Press and Circ. Nr. 16.

31. Caturani, M., A proposito dell' associazione del fibroma e cancro dell' utero. Arch. ital. di gin. Vol. 15. Nr. 2.

32. Chevreau, Des fistules urinaires vaginales consécutives à l'hystérectomie abdominale avec évidement pelvien pour cancer utérin et de leur traitement par le colpocleisis élevé. Thèse de Lyon. 1911. Nr. 116. Ref. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Tome 1. p. 80. (Die Kolpokleise ist die Operation der Wahl; es sollen bis zu ihrer Vornahme seit der Hysterektomie mindestens sechs Monate vergangen sein. Tritt in der Zwischenzeit Rezidiv ein, so soll man von der Operation absehen. Sie soll hoch angelegt werden, bis 2 cm unterhalb des unteren Randes der Fistel. Die guten Resultate rechtfertigen diese Methode, die an sich nicht gefährlich ist.)

33. Clarke, J., The cause of cancer. Part III of „Protozoa and Disease". London, Baillière Tyndall and Cox. Mit 8 Tafeln (96 p.). (Das Buch enthält kurze Auseinandersetzungen über vermeintliche Protozoen im Karzinom, nebst polemischen Bemerkungen. Auf acht Tafeln bildet sodann der Verf. allerlei Dinge ab, die er für die Krebsparasiten hält, die aber vor der Kritik in keiner Weise bestehen können. Es sind die bekannten, oft beschriebenen „Einschlüsse" etc., die bei uns niemand mehr für Parasiten hält.)

34. Cobb, F., On Carcinoma of the Uterus. Boston med. and surg. Journ. Vol. 166. Nr. 2. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 50. p. 2752. (Von 1900—1910 kamen in Boston im allgemeinen Hospitale 309 Fälle zur Behandlung. Darunter waren 52 inoperabel; bei 148 Fällen wurde eine Palliativoperation ausgeführt. Die vaginale Hysterektomie wurde in 14, die abdominale in 92 Fällen gemacht. Wegen Krebs des Corpus uteri wurde die abdominale Totalexstirpation 21 mal vorgenommen, wobei vier Patientinnen unmittelbar mit Tod abgingen. Von den anderen 17 konnten 16 weiter beobachtet werden. Davon sind fünf noch 5—8 Jahre nach der Operation am Leben. Bei 71 Patientinnen wurde die abdominale Totalexstirpation wegen Cervixkarzinom vorgenommen, von denen 22 unmittelbar nach der Operation starben. Von den Überlebenden konnten 29 weiter beobachtet werden und 9 befinden sich gegenwärtig noch am Leben.)

55. Croom Halliday, J., Maligne Degeneration von Myomen (Adenokarzinom). Edinburgh Obst.-Soc. Meeting on May 8. Ref. The Lancet. Vol. 182. June 1. p. 1472. (Siehe unter Myom.)

36. Cullen, T. S., Remote results in abdominal hysterectomies for cancer of the uterus. Transact. of the Amer. gyn. Soc. Amer. Journ. of Obst. Vol. 66. Nr. 418. p. 619. (Bericht über 48 Fälle. Primärmortalität 22 %. Seit 1—13 Jahren nach der Operation leben noch 12 Patientinnen, 5 sind verschollen. Länger wie fünf Jahre seit der Operation leben noch 24 %.)

37. — Carcinoma of the Uterus. New York med. Journ. Dec. 21.

38. Czerny, V., Über die nichtoperative Behandlung der Geschwülste. Naturforscherversammlung Münster. Sept. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 41. p. 2209. Nr. 43. p. 2363. (Übersicht der verschiedenen Methoden und Kritik der Karzinombehandlung.)

39. Czerwenka, K., Ein Vorschlag zur Verhütung von Impfmetastasen im Paravaginalschnitt. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11. p. 326. (Verf. empfiehlt nach Umschneidung der Vaginalportion über dieselbe eine Gummikappe zu stülpen, welche an ihrem Rande einen stark elastischen Gummifaden trägt. Dieser Faden umschnürt die Cervix über dem Zirkulärschnitt und hält so die Gummiblase ohne Naht durch die elastische Konstriktion fest.)
40. Daels, F., Über den Wert von Seleneinspritzungen bei unoperierbaren Neoplasmen. Geneesk. Tijdschr. voor Belgie. Nr. 21. (Experimentell bekam Daels beim Sarkom der Ratte ausgedehnte Blutungen in der Geschwulst und Entartung der bösartigen Zellen nach einmaliger intravenöser Einspritzung von 0,5—0,3 ccm Selenium. Blutgerinnungen wurden in den Gefässen beobachtet. Bilder demonstrieren die Tatsachen. Verkleinerung der Geschwulst wurde erzielt. Klinisch: Drei Patientinnen mit über 25 intravenösen Einspritzungen von 5 ccm Elektroselenium hatten auf ungefähr zwei Monate Linderung der Schmerzen, des Blutverlustes. Bei zwei Kranken Hebung des Allgemeinzustandes. Bei einer wurden nach einer Abrasio zahlreiche geringe Blutungen in der Geschwulst festgestellt. Jetzt werden die Einspritzungen von 5 auf 10 ccm gebracht.)
41. — Zur Behandlung der inoperablen bösartigen Geschwülste. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43. p. 1417. (Bedauert, dass die Versuche mit Einspritzung von tumoraffinen Stoffen in die Blutbahn so vernachlässigt werden. Hat gute Erfolge davon und speziell von der intravenösen Injektion von Elektroselenium gesehen. Die Röntgenbehandlung werde nie alle tiefsitzenden, bösartigen Zellen treffen können ohne die gesunden Gewebe in die grösste Gefahr zu versetzen und es ist sicher, dass man die weiter verbreiteten Metastasen überhaupt nicht trifft. Da ist der Weg durch die Blutbahn der einzig richtige.)
42. Dartigues, Kyste de l'ovaire et cancer de l'utérus; hystérectomie abdominale subtotale et curage rétrograde abdomino-vaginal du col inextirpable. Soc. des chir. de Paris. Séance du 22 Déc. Paris chir. 1911. Nr. 10. p. 1043.
43. Delmotte, G., De l'inopérabilité du cancer utérin. Scalpel et Liège méd. 19 Mai.
44. Driessen, L. F., Adenoma malignum corporis uteri. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. Jaarg. 21. p. 250. (Driessen findet die Differentialdiagnose zwischen malignen und benignen Adenomen meistens sehr schwierig. Die Abwesenheit von Glykogen im Epithelium der Drüsen ist der sicherste Beweis für Malignität.) (W. Holleman.)
45. Dungern, E. v., Über Serodiagnostik der Geschwülste mittelst Komplementbindungsreaktion. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 2. p. 65. Nr. 8. p. 443.
46. — Zu Edzards Mitteilung: Über die Serodiagnostik des Karzinoms nach v. Dungern. Berl. klin. Wochenschr. 1913. Nr. 5. p. 238. (Macht auf Fehler in der Edzardschen Technik aufmerksam. Wenn man unspezifische Hemmungen vermeiden will, so müssen selbstverständlich alle Kontrollen Lösung zeigen. Bei den Edzardschen Untersuchungen war dies unter 18 normalen Sera aber nur einmal der Fall. Dieses war also das einzige Serum, das richtig untersucht worden ist. Ferner kann Ursache der Freiburger Misserfolge sein, dass das dort benutzte Meerschweinchenserum aus irgend welchem Grunde unbrauchbar war; dasselbe hat man bei Anstellung der Wassermannschen Reaktion beobachtet. — Erwiderung zu Vorstehendem von M. Hahn und D. Edzard. Widerlegt die im vorigen erhobenen Einwände.)
46a. Dychno, M., Die diagnostische Bedeutung der Antitrypsinreaktion des Blutes bei Karzinom. (Russisch.) Therap. Obosrenije. Nr. 16. Ref. Münchn. med. Wochenschrift. 1913. Nr. 18. S. 998.
47. Eden, T. W., The clinical Diagnosis of malignant Disease of the Body of the Uterus. The Lancet. Vol. 182. May 25. p. 1392. (Aus der Statistik des Verf. ergibt sich, dass das mittlere Lebensalter, in dem das Karzinom der Cervix resp. des Corpus uteri festgestellt wird, nicht dasselbe ist, sondern 45 resp. 55 Jahre beträgt. Die mittlere Zahl der Entbindungen bei Frauen mit Cervixkarzinomen betrug 4,1, die der Korpuskarzinome 1,1. 9 % der Frauen mit Cervixkarzinomen sind Nulliparae, dagegen 50 % der Korpuskarzinome. In der Praxis aurea scheinen im Verhältnis zu Cervixkarzinomen öfter Korpuskarzinome vorzukommen wie in der Hospitalpraxis (10 : 3). Sarkom ist überhaupt viel seltener wie Karzinom des Uterus (1 : 40). Die Gegenwart von Myomen im Uterus soll kein prädisponierendes Moment für die Entstehung von Karzinom und Sarkom abgeben. Genaue Besprechung der Symptome der malignen Veränderungen der Uterushöhle und der Differentialdiagnose. Die Prognose soll in bezug auf Rezidiv viel günstiger sein bei Korpus- wie bei Cervixkrebs. Geschwollene Lymph-

drüsen, auch wenn es unmöglich ist, sie mit zu exstirpieren, sollen keine Kontraindikation gegen radikale Entfernung des Genitalapparates sein. In den meisten Fällen ist die Vergrösserung entzündlicher Natur und nicht maligne.)

48. Edzard, D., Über die Serodiagnostik des Karzinoms nach v. Dungern. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 53. p. 2488. (Resultate: Von 10 Karzinomen, deren klinische Diagnose durchaus gesichert war, ergaben sieben einen positiven Ausfall der Reaktion. Drei zeigten allerdings auch in den Kontrollen mit inaktivem Serum eine starke Hemmung, obwohl die Wassermannsche Reaktion negativ ausfiel. Bei 28 nicht Karzinomkranken war die Reaktion 10 mal positiv. Der hohe Prozentsatz, in welchem sich ein positiver Ausfall der Reaktion bei normal und anderweitig Erkrankten fand, schränkt also die praktische Verwendbarkeit der v. Dungernschen Karzinomdiagnose ein. Indessen ist, wie auch Abderhalden für seine „Schutzfermente" hervorgehoben hat, ein einheitliches Bild beim Karzinom garnicht zu erwarten. Der äusserst verschiedene Verlauf des Krebses, z. B. je nach Individuum und Lokalisation, der mehr oder minder grosse Zerfall, die differente Neigung zu Metastasen usw. weisen darauf hin, dass zum mindesten eine konstante Aufnahme von Antikörpern erzeugende oder komplementablenkend wirkende Zellbestandteile nicht anzunehmen ist und dass demnach wohl die Chancen für die Auffindung einer in allen Krebsfällen positiven Reaktion, die auf der obigen Voraussetzung beruht, keine besonders günstigen sind. — Erwiderung siehe v. Dungern.)

49. Faure, J. L., Sur le traitement chirurgical du cancer du col de l'utérus. Arch. mens. d'obst. et de gyn. 1 Année. Nr. 10. p. 149. (Verf. gibt seine Methode der Wertheimschen Operation, die im wesentlichen nichts Neues bringt. Sie ist dem vaginalen Vorgehen vorzuziehen, weil ausgiebiger. Drüsen werden nur entfernt, soweit sie fühlbar sind und nur aus der Regio hypogastrica. Die Wertheimsche Klemme wird nicht benutzt. Statt dessen desinfiziert Verf. die Scheide mit Alkohol und Jodtinktur und tamponiert sie bei der Eröffnung von oben aus mit Gaze. Diese Tamponade dient zu gleicher Zeit als Drainage der Parametrien. Darüber wird das Peritoneum geschlossen. Bei vorgeschrittenen Fällen wird vaginal angefangen und eine Scheiden-Manschette auspräpariert. Dieselbe wird unten zugebunden und dann von oben die Operation fortgesetzt. Während der Gravidität soll die Technik absolut nicht erschwert sein; im Gegenteil. Von vier Fällen blieben zwei seit mehr wie zwei Jahren geheilt. Radiumbehandlung macht die Operation durch Sklerosierung des Bindegewebes viel schwieriger.)

50. Fergusson, J. H., und J. Young, Einfache Papillome der Scheide nach vaginaler Totalexstirpation wegen Cervixkarzinom. Transact. of the Edinb. Obst. Soc. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19. p. 629. (Verff. entfernten vier Wochen nach einer vaginalen Hysterektomie wegen Plattenepithelkarzinom der Cervix aus dem Scheidengewölbe zwei blutende Papillome, die nach dem mikroskopischen Befunde nicht vom Scheidenepithel, sondern anscheinend von der bei der Operation durchschnittenen Tube ausgingen.)

50a. Ferroni, L'operazione di Wertheim nel carcinoma del collo uterino. (Die Wertheimsche Operation bei Cervixkarzinom.) Annali di Ostetr. e Ginec.-Milan. XXXIV. p. 655. (21 in der Klinik zu Parma operierte Fälle.)

(Artom di Sant' Agnese.)

51. Flaischlen, N., Zur Heilung von Karzinomrezidiven. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 12. Jan. Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. Heft 3. p. 904. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27. p. 900. (Drei Fälle. Dauerheilungen nach Rezidivoperationen. Im ersten Falle handelte es sich um ein lokales Rezidiv in der Schnittnarbe der zurückgelassenen rechtsseitigen Adnexe. Im zweiten um doppeltes Karzinom des Uterus nach vorangegangener abdominaler Exstirpation doppelseitiger Adenocarcinoma papillare ovarii, und im dritten Falle um malignes Rezidiv im Stiel eines vor 6½ Jahren entfernten gutartigen papillären Kystoms.)

52. — Über Implantationsrezidiv der Vagina. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 12. Jan. Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. Heft 3. p. 899. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27. p. 899. (Ein halbes Jahr nach vaginaler Uterusexstirpation, mit tiefer Scheiden-Damminzision, wegen malignen Adenoms in der rechten Tubenecke ein papilläres Rezidiv in der Scheidennarbe. 1. Es ist ausgeschlossen, dass es auf dem Wege der Lymph- oder Blutbahnen entstanden ist, 2. der mikroskopische Bau des primären Tumors und des Rezidivs stimmen vollkommen überein, und 3. nach der Exstirpation desselben ist die Patientin über längere Zeit [bis jetzt 3½ Jahre] gesund geblieben. F. hält Beweis für die Implantationskarzinose in Vaginalwunden

hier für erbracht. Beachtenswert ist die grosse räumliche Entfernung zwischen Primärtumor und Rezidiv und das baldige Auftreten des letzteren nach der Primäroperation. Implantationsrezidive sollen sehr selten sein; nur zu oft ist die Annahme eines Impfrezidivs in der Literatur mit Unrecht erfolgt. Diskussion: Alle Redner betonen die Möglichkeit des öfteren oder selteneren Vorkommens der Impfrezidive.

53. Flatau, S., Gleichzeitiges Vorkommen von Myom, Sarkom und Karzinom im Uterus. Ärztl. Verein in Nürnberg. Sitzg. vom 9. Okt. 1911. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 6. p. 295. (Siehe „Myom" pag. 119. Nr. 54.)

54. Fleischmann, K., Befund maligner Veränderungen bei zwei durch abdominelle Totalexstirpation gewonnenen myomatösen Uteris. K. k. Ges. d. Ärzte in Wien. Sitzg. vom 8. Nov. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 47. p. 2598. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 46. p. 1851. (Siehe unter „Myom" pag. 119. Nr. 55.)

55. Ford, W. M., Clinical account of 13 cases of malignant disease treated with a new antiserum. New York Acad. of Med. Meeting of Febr. 23. Ref. Amer. Journ. of Obst. Vol. 65. Whole Nr. 413. p. 869. (13 Karzinomfälle mit Antiserum nach Berkeley behandelt; eine Pat. soll geheilt, vier sollen gebessert sein; drei blieben jetzt 3—6 Monate nach der Totalexstirpation rezidivfrei. Nicht überzeugend. (Ref.)

56. Frankl, O., Ein Vorschlag zur Förderung der Frühoperation bei Gebärmutterkrebs. Österr. Ges. f. Krebsforsch. u. Bekämpfung d. Krebskrankheit. Sitzg. vom 4. Nov. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 48. p. 1930. Wiener med. Wochenschr. Nr. 46. p. 3054. Als Original erschienen: Wiener klin. Wochenschr. Nr. 48. p. 1897. (Das zu erstrebende Ziel sei die möglichst frühzeitige Erkennung des Krebses. Die Aufklärungstätigkeit der Winterschen Schule habe keine wesentlichen Erfolge gehabt. Die Faktoren, die als Ursache der Verschleppung bezeichnet werden müssen, sind: mangelnde Sachkenntnis und Sorglosigkeit des Arztes, Gewissenlosigkeit der Hebammen und Nachlässigkeit der Patientinnen selbst. Man muss auch mit der leider viel verbreiteten Idee aufräumen, dass das Karzinom des Uterus unheilbar ist; die Frühoperation gewährt Heilung. Rezidive treten um so leichter auf, je weiter die Tumoren vorgeschritten sind. Die Grösse der Tumoren ist von der Dauer der Erkrankung unabhängig. Das Frühstadium ist anatomisch-klinisch charakterisiert durch scharfe Begrenzung, Fehlen der Ausbreitung auf Scheide und Parametrien, Durchmesser höchstens zehnhellerstückgross, Maximum der Tiefenausdehnung ½ bis 1 cm. An der Klinik Schauta wurden von Juni 1901 bis Juni 1912 1007 Fälle von Uteruskrebs beobachtet, davon 498 Fälle vaginal operiert; die Gesamtoperabilität betrug 54 %. 571 Fälle von Kollumkrebs konnten durch fünf Jahre und längere Zeit verfolgt werden. Im ganzen waren bloss 34 Fälle von allen diesen im obigen Sinne als im Frühstadium befindlich anzusprechen, von diesen sind nur zwei rezidiviert. Zur Erzielung der Frühoperation ist eine soziale Krebsfürsorge notwendig. Es wären besondere kostenlose Untersuchungsstationen an den Kliniken einzurichten. Die Probeexzision beschleunigt das Wachstum des Karzinoms nicht. Diskussion: Schottländer, wie Fleischmann will in allen Fällen von Uterusexstirpation die Schleimhaut untersucht haben; kleine Karzinome machen oft keine Symptome oder deren Symptome verstecken sich hinter denen des ursprünglichen Leidens. Das Corpus uteri soll öfter curettiert und auch die Cervixschleimhaut mitgenommen werden. Schauta hebt hervor, dass das Curettement bei Myomen wegen der vielen Buchten des Uteruskavums sehr schwierig ist und ein negatives Resultat bei der Untersuchung des ausgeschabten Materials noch nicht dazu berechtigt, ein Karzinom auszuschliessen. Auch Wertheim will in der mikroskopischen Untersuchung curettierter Stücke nicht den Schwerpunkt der ganzen Frage gelegt sehen. Wichtig ist vor allem, dass die Frauen in einem operationsfähigen Zustand zum Operateur kommen. Aktionen nach dem Vorgang von Winter könnten nichts nützen, sondern beunruhigen nur das Publikum. Hochenegg legt nicht viel Wert auf die Probeexzision; es könnte ein gesundes oder ein nur chronisch-entzündliches Gewebsstück anstatt des krankhaft veränderten zur Untersuchung kommen. Schauta bemerkt dazu, dass für den erfahrenen Gynäkologen eine Probeexzision etwas anderes sei als für den praktischen Arzt. Wenn der Praktiker einen Fall für verdächtig hält, ist für den Gynäkologen oft die Karzinomdiagnose auch ohne Probeexzision möglich. Nach Schick wäre es zu empfehlen, dass wegen der Schwierigkeiten der Probeexzisionen die öffentlichen Krankenanstalten auf Wunsch der Praktiker einen ihrer Ärzte zur Assistenz des Praktikers bei Vornahme der Probeexzision delegieren. Weinberger betont, dass es nötig sei, gegen die Röntgen-Dermatitis und die auf dieser Basis entstehenden Karzinome

Vorsichtsmassregeln zu treffen. v. Eiselsberg will an die Probeexzision tunlichst sofort die Operation anschliessen. In einigen Minuten, während der Patient noch im Ätherrausch erhalten wird, wird die Untersuchung ausgeführt. Nach Schottländer soll aber am gynäkologischen Material diese Art der Schnelldiagnose nicht immer zum Ziele führen. Die regelrechte Konservierung des Materials sei häufig notwendig; die ganze Untersuchung dauert dann 4—6 Stunden.)

57. Franz, K., Wie können die Dauerresultate der Uteruskarzinomoperationen gebessert werden? Arch. f. Gyn. Bd. 97. Heft 3. p. 380. (Verf. beantwortet die Frage in folgenden Sätzen: 1. Frühzeitige Operation, die leider nicht durch den Operateur bestimmt wird. 2. Die Indikation zur Operation soll so weit wie möglich ausgedehnt werden. Also hohe Operabilitätszahlen! 3. Mit allen Mitteln der Technik muss die Mortalität herabgesetzt werden. 4. Die Operierten müssen unter ständiger Aufsicht bleiben und häufig nachuntersucht werden, um jedes Rezidiv sobald als möglich zu entdecken, damit 5. die Rezidivoperationen mehr als bisher ausgeführt werden können. Erwiderung von Wertheim cf. Nr. 223.)

58. — Über Rezidivoperationen des Carcinoma uteri. Partielle Blasenresektion. Ges. d. Charité-Ärzte zu Berlin. Sitzg. vom 5. Dez. Ref. Berl. klin. Wochenschr. 1913. Nr. 4. p. 182. (Demonstration einer Patientin mit geheilter partieller Blasenresektion nach abdominaler Entfernung eines mit der Blase fest verwachsenen Rezidivknotens, sechs Monate nach der Totalexstirpation. Die Technik der Rezidivoperationen ist ausserordentlich schwierig. Franz hat 25 derartige Operationen gemacht. Man soll jedes operable Rezidiv angehen. Es kommen Fälle vor, wo Frauen auch nach ausgedehnten Resektionen sehr lange gesund bleiben. Erwähnung zweier Fälle, die jetzt nach vier und fünf Jahren noch leben.)

59. Freund, H., Uterusmyom mit Karzinom. Siehe bei Myom.

60. — Abdominale Radikaloperation bei einem Portiokarzinom unter dem Bilde einer flachen Erosion. Unterelsässischer Ärzteverein. Sitzg. vom 2. März. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 32. p. 1525. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 14. p. 673. (Kasuistisch. Die Erkrankung war längere Zeit als Erosion behandelt worden und ist tatsächlich wenig über den Muttermundsrändern erhaben. Sie durchsetzt aber die Portio in der Tiefe recht weit. Erst durch Probeexzision konnte die Diagnose sichergestellt werden. Peritoneum und Drüsen waren frei. Heilung der 55jährigen XIIpara.)

61. Freund, L., Zur Chemie der prädisponierten Stellen bei Karzinom. Ges. d. Ärzte in Wien. Sitzg. vom 18. Okt. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1913. Nr. 1. p. 47. (Dem Karzinomserum fehlt die Fähigkeit, Karzinomzellen zu zerstören, einerseits, weil es die in Äther lösliche, zellzerstörende Säure, welche im Normalserum enthalten ist, nicht besitzt, andererseits, weil es in seinem Nukleoglobulin Substanzen enthält, welche eine Schutzwirkung gegen zugesetzte derartige ätherlösliche Säure ausüben. Diese Verhältnisse sprechen für eine allgemeine Disposition des Organismus für Karzinom, die jedoch als alleinige Ursache des Krebses vom klinischen Standpunkte nicht angenommen werden kann. Es muss also auch noch ein lokaler Faktor vorhanden sein, den zu finden der Vortragende unternommen hat. Extrakte normaler Leichengewebe Nichtkarzinomatöser in 0,85 % Kochsalzlösung zerstörten Karzinomzellen im Gegensatze zu normalen Zellen intensiv. Extrakte von primären Karzinomen zeigen dieses Verhalten nicht, vielmehr üben sie eine Schutzwirkung gegen die zelllösenden Eigenschaften normalen Serums aus, was auf den gleichen chemischen Substanzen beruht, wie denen des Blutserums. Gewebsextrakte von Prädilektionsstellen [Ulcus cruris, ventriculi] für Ca bei Nichtkarzinomatösen zeigen oft ähnliches Verhalten wie Karzinomextrakte, was für die Bildung eines Karzinoms ausserordentlich wichtig ist.)

62. Freund, W. A., Zur Karzinombehandlung. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 21. p. 980. (Verf. hat, von dem Bestreben ausgehend, das Karzinomgewebe durch chemische Mittel bis in seinen weitesten Ausläufer zu töten und in der Annahme, dass dies einzig und allein auf dem Wege der Blut- und Lymphbahnen stattfinden kann, mit gutem Erfolge versucht, ganze Glieder und Organkomplexe von Tieren mit Flüssigkeit zu durchströmen. Das Glied wird zeitweise aus dem Kreise der allgemeinen Blutzirkulation ausgeschieden und von einer seiner Hauptarterien aus nach vollständiger Ausblutung aus einer eröffneten Hautvene bis in seine Gewebselemente mit Spülflüssigkeit durchtränkt. Derselbe Versuch [von 12 Minuten Dauer] wurde dann schliesslich mit den Beckenorganen einer an inoperablem Karzinom erkrankten Frau vorgenommen, ohne dass schlimme Folgen für die Patientin eintraten. Im Gegenteil,

es trat eine Demarkation des erkrankten gegen das lebende Gewebe ein, durch die es zu gangränösem Zerfall gebracht wurde. Die Patientin starb einige Tage später an Herzschwäche. Nach dem Urteil des Verf. liegt die Bedeutung dieser Versuche nur in dem Beweis ihrer physiologischen Ausführbarkeit und ist der therapeutische Wert sehr problematisch. Angenommen, die karzinomatösen Partien wären abgetötet, das gesunde Gewebe demarkierte sich gegen das tote — auf welche Weise sollen die toten Partien, ehe sie Ichorrhämie bewirken, prompt und schnell eliminiert werden? Die Versuche stammen schon aus dem Anfang der neunziger Jahre vorigen Jahrhunderts und sind schon anderweitig publiziert worden; sie sind aber unbeachtet geblieben.)

63. Fromme, F., Über die Blutstillung bei der abdominalen Karzinomoperation. Festschrift f. Veit, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 71. Heft 1/2. p. 321. (Zwei mitgeteilte Fälle zeigen, dass schwere venöse Blutungen selbst bei Entfernung der Parametrien und Parakolpien von unten her auftreten können. Es gelingt nicht, diese Blutungen zu beseitigen, weil die blutenden Venen in derbes Fasziengewebe eingebettet sind, oder weil die Blutung aus einem Kreuzbeinloch heraus erfolgt. Hier empfiehlt Fromme Liegenlassen langer Klemmen mit Herausleitung aus der Bauchhöhle und Entfernung nach 48 Stunden.)

63a. Gaifami, P., Il compito della levatrice nella lotta contro il cancro dell' utero. (Die Aufgabe der Hebamme im Kampfe gegen den Gebärmutterkrebs.) Gaz. Ital. d. levatrici. Siena Anno 1. p. 183. (Artom di Sant' Agnese.)

64. Gaylord, H. R., Über die therapeutische Wirkung der Metalle auf Krebs. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 43. p. 2017. (Versuche bei Karzinom der Schilddrüse des Fisches. Dem Wasser, worin die Fische schwimmen, wird Jod, Quecksilber 1 : 4 000 000 oder Arsen 1 : 300 000 zugesetzt. Die Wirkung dieser Mittel setzte in 1—2 Tagen nach der Anwendung ein, und sichtbare Geschwülste zeigten eine Verkleinerung nach der ersten Woche. Prominierende Geschwülste von über 1 cm Durchmesser zeigten nach 30 tägiger Behandlung mit Quecksilber völligen Schwund. Die Erfolge nach Quecksilberbehandlung scheinen etwas rascher zu sein als diejenigen nach Jod oder Arsen. Mikroskopische Schnitte zeigen nach 8—12 Tagen wieder ein fast normales Aussehen; das Epithel ist abgeplattet, das Kolloid wieder hergestellt, die Grösse der Alveolen verkleinert und es erfolgt eine Verdickung des Stromas, das öfters ein scirrhusartiges Aussehen zeigt. Oft erleiden beträchtliche Partien grösserer Geschwülste eine Nekrose, die durch bindegewebige Organisation ersetzt wird. Versuche mit Säugetieren und Menschen sind von Gaylord nicht gemacht worden.)

65. Ghent, M. M., Karzinom des Uterus. St. Paul med. Journ. 1911. Dec. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13. p. 415. (Bei einer 54 jährigen Frau wurde bei Korpuskarzinom und submukösem Myom wegen des ganz elenden kachektischen Zustandes nur eine Curettage vorgenommen. Danach erholte Patientin sich langsam und ein Jahr später war das Karzinom noch operabel und der Allgemeinzustand der Patientin so gut geworden, dass jetzt die abdominale Totalexstirpation vorgenommen werden konnte. Patientin ist ein Jahr nach der Operation noch rezidivfrei.)

66. Gordon, S. C., The cautery method in the treatment of the cancer of the uterus. Transact. of the Amer. gyn. Soc. Amer. Journ. of Obst. Vol. 66. Nr. 418. p. 626. (G. empfiehlt Byrne's Kauterisation, welche besonders bei beginnenden Fällen gute Resultate geben soll. Für vorgeschrittene ist sie die einzige Behandlungsmethode.)

67. Gorham and Lisser, Hemolysis in vivo and in vitro as diagnostic of cancer. Amer. Journ. of med. Science. July. p. 103.

68. Graefe, M., Korpuskarzinom. Demonstration im Verein der Ärzte in Halle a. S. Sitzg. vom 24. Juli. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 44. p. 2427. (67 jährige Virgo. In ca. 97 % der Genitalblutungen im postklimakterischen Alter bei normaler Cervix sind diese Folge eines Korpuskarzinoms. Einfache abdominale Totalexstirpation genügt. Die Patientin hat erst vier Wochen vor der Operation zum ersten Male geringe Blutungen bemerkt und nicht die geringsten sonstigen Erscheinungen gehabt.)

69. Graff, E. v., und J. v. Zubrzycki, Über den Antitrypsingehalt des Blutes bei Schwangerschaft und Karzinom. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. Heft 2. p. 303. (Benutzt wurde die von Kämmerer modifizierte Volhardsche Methode, die in bezug auf die Genauigkeit der Ausschläge alle bisherigen Methoden übertreffen soll und darauf beruht, dass in Salzsäure gelöstes Kasein durch Natriumsulfat vollständig gefällt wird: je mehr Kasein verdaut ist, je geringer also der Antitrypsingehalt des Serums, desto kleiner ist der Niederschlag. Unter Benützung der Tatsache, dass in den Kasein-

niederschlägen stets eine dem Kasein entsprechende Menge Salzsäure eingeschlossen bleibt, wird der Grad der Verdauung durch Filtration der im Filtrat noch vorhandenen Säure bestimmt. Das Resultat der Untersuchungen lässt sich darin zusammenfassen, dass der Antitrypsingehalt des Serums bei Karzinom fast regelmässig so stark vermehrt ist, dass dieser Befund mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit für die Diagnose verwertet werden kann. Nach der Radikaloperation schwindet der hohe Wert, um mit dem Auftreten eines Rezidivs wieder anzusteigen, was Verff. als besonderen Vorteil der Reaktion bezeichnen. Die praktische Verwendbarkeit der Methode erfährt indes namentlich für den Chirurgen und Internisten dadurch eine beträchtliche Einschränkung, dass fast alle kachektischen Kranken unter Umständen „Karzinomreaktion" geben können.)

70. Grammatikati, J. N., und J. J. Tichow, Über die erweiterte Methode der operativen Behandlung des Uteruskrebses auf dem Wege der Transplantation der Ureteren in den unteren Abschnitt des Darmes. IV. Kongr. russ. Gyn. u. Geb. in Petersburg. Dez. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13. p. 403. (Diskussion: v. Ott, Pissemsky.)

71. Graves, W. P., Results of the Wertheim Operation for cancer of the uterus. Transact. of the Amer. gyn. Soc. Amer. Journ. of Obst. Vol. 66. Nr. 418. p. 627. (18 Fälle. Primär starben zwei Patientinnen, sechs gingen an Rezidiv zugrunde und 10 sind seit mehr wie drei Jahren rezidivfrei. Er curettiert zuerst die Karzinome, legt dann Formalintampons ein und desinfiziert vor der Operation nochmals mit Jodtinktur.)

72. — Aspect heureux du cancer de l'utérus. The Boston Med. and Surg. Journ. Vol. 166. Nr. 2.

73. Günther, Demonstration eines Portiokarzinoms. Nürnberger med. Ges. u. Polikl. 11. Juli. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 39. p. 2140. (Zyste am linken Ovarium. Erweist sich bei der Operation das Karzinom als inoperabel, so unterbindet man, dem Vorschlage Krönigs folgend, die beiden Art. hypogastricae und ovaricae; dadurch wird die Wachstumstendenz des Karzinoms gestört und die Blutungen werden geringer.)

74. Haddenbrock, E., Zur operativen Behandlung des Carcinoma uteri. Diss. Jena. Nov. 1911. (Statistik der Wertheimschen Operationen vom 1. April 1910 bis 1. April 1911 der Jenenser Klinik. 30 Fälle, davon 26 Portio- resp. Cervixkarzinome und vier Korpuskarzinome. Primäre Mortalität 5 = 16,7 %. Bei 20 Fällen war die Erkrankung noch im Beginn. Nebenverletzungen ereigneten sich vier, die Heilung erfolgte in 17 Fällen per primam.)

75. Haendly, P., Die Therapie des Carcinoma uteri. Sammelreferat. Gyn. Rundschau. Nr. 2. p. 74.

76. Haertel, E., Bericht über drei mit Antimeristem behandelte Fälle. Gyn. Ges. zu Breslau. Sitzg. vom 27. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. p. 756. (Hohe Injektionsdosen erreicht, aber schwere Allgemeinerscheinungen liessen die Kur nicht zu Ende führen. In keinem Falle eine günstige Beeinflussung der Geschwülste zu konstatieren.)

78. Hamburger, W. W., Comparative studies in cancer and normal tissue ferments. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 59. Nr. 11. Sept. 14. p. 847. (Die Fermente des Karzinomgewebes, auf denen die Glyzyltryptophan- und andere weniger bekannte biologische Reaktionen beruhen, gehören zu der Gruppe der „Ereptasen". Die Ereptasen des Karzinomgewebes lassen sich in ihrer Fähigkeit, Pepton zu spalten und Tryptophan zu bilden, nicht von denen in normalen Gewebszellen, Blutserum, Aszitesflüssigkeit, Leukozyten unterscheiden. Wahrscheinlich alle diese Ereptasen identisch. Quantitativ ist Karzinomgewebe meist ärmer an Ereptase, wie die normale Niere und Leber, ein wenig ereptasereicher wie normale Milz eines Hundes und bedeutend ereptasereicher wie Blutserum verschiedener Tiere. Obschon Blutserum weniger Ereptase enthält wie die meisten anderen Gewebe, muss doch die letzte Spur desselben aus dem Gewebe ausgewaschen sein, wenn man mit isolierten Gewebsfermenten arbeiten will.

79. Hannes, W., Das Karzinom der weiblichen Genitalien. Ergebn. d. Chir. u. Orthop. 1911. Bd. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. p. 975. (Abhandlung über das Karzinom sowohl der äusseren Genitalien wie des Uterus und der Anhänge. Statistisches, Ätiologie, Histologie und Operationstechnik aller dieser Krebsarten sowie auch Symptomatologie und Diagnose werden ausführlich behandelt.)

80. — — Wundversorgung bei der abdominalen Radikaloperation. VI. Intern. Kongr. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sept. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 41. p. 2253. (Die Gefahr der endogenen Infektion von den im Primäraffekt und den im parametranen Bindegewebe, den Lymphgefässen und Lymphdrüsen häufig befindlichen, schwer

pathogenen Mikroben nicht gering. Eine rationelle Drainage ist zur Vermeidung von Infektionen erforderlich für die parametranen Wundhöhlen und die Peritonealhöhle. Ist die Peritonealbedeckung der Beckenwundhöhlen mit Naht versorgt, so wird durch den unteren Winkel des Bauchschnittes ein Mikuliczbeutel in die Tiefe des Douglas eingeführt.)

80a. Hansen, Svend, Cancer-„Recidiv" 16 Aar after Extirpation af Adenom i Mamma. („Rezidiv" 16 Jahre nach Exstirpation von Adenom in Mamma.) Ugeskrift for Laeger. Nr. 32. p. 1154—56. (O. Horn.)

81. Hantke, R., Neuere Arbeiten über die Behandlung des inoperablen Uteruskarzinoms. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 6. p. 712. (Sammelreferat.)

82. Heinemann, J., Über die Metastasierung maligner Tumoren im Zentralnervensystem. Diss. Breslau 1911. Virchows Arch. 1911. Bd. 205. Heft 3.

83. Heinrichsdorff, A., Über die Beziehungen der perniziösen Anämie zum Karzinom. Diss. Berlin. Dez.

84. Hengge, A., Demonstration eines Cervixkarzinoms mit Drüsenmetastasen an der V. und A. iliaca der einen Seite. Gyn. Ges. zu München. Sitzg. vom 14. Nov. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1913. Nr. 5. p. 247. Nr. 7. p. 343. Münchn. med. Wochenschrift Nr. 52. p. 2898. (Sie wurden partiell exstirpiert, ohne dass irgendwelche Ernährungsstörungen auftraten. Das rechte Bein zeigte am 12. Dez. keinerlei Ernährungsstörung.)

85. Henke, Fr., Über die Bedeutung der Mäusekarzinome. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 5. p. 237.

86. Herrenschmidt, Epithélioma du corps utérin à cellules claires. Assoc. franc. pour l'étude du cancer. Séance du 26 Févr. Ref. Presse méd. Nr. 23. p. 235. (Metaplasie von Nierenzellen, welche aus Resten des Wolffschen Ganges stammen.)

87. — Adénomyome malin de la paroi utérine. Assoc. franc. pour l'étude du cancer. Séance du 26 Févr. Ref. Presse méd. Nr. 23. p. 235. (Herrenschmidt nimmt an, dass der Tumor aus Resten des Wolffschen Ganges entstanden ist.)

88. Hertel, W., Zur malignen Degeneration der Uterusmyome. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 3. p. 325. (Siehe unter „Myom" p. 121 Nr. 74.)

89. Hirschberg, O., Über Operationen mit elektrischem Lichtbogen und Elektrokaustik bei malignen Geschwülsten. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 75. Heft 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19. p. 630. (Es wurden 50 der verschiedensten Fälle von Karzinom und Sarkom mit der Forestschen Nadel oder Elektrokaustik oder mit Kombination beider Methoden behandelt. Die Kombination ergab unter 24 Fällen 12 gute Resultate. Die Methode disponiert nur sehr zur Nachblutung, erleichtert aber die Schnittführung wie die Exzision, eignet sich zur Ignipunktur und vermindert die Gefahr der Keimverschleppung. Die alleinige Verwendung der Methode hat sich nicht so gut bewährt.)

90. Hirschfeld, H., Über einige neuere Methoden zur Diagnose der bösartigen Geschwülste. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 27. u. 29. (Kritische Sichtung der Literatur ergibt leider, dass dort, wo klare klinische Symptome fehlen und die bewährten Methoden versagen, auch die neueren Methoden nicht zum Ziele führen.)

91. Hirtz, E. und Beaufumé, Anurie bei Uteruskarzinom. Soc. méd. des hôpitaux. Séance du 15 Déc. 1911. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 9. p. 429. (Plötzlich trat eine Anurie ein, die 14 Tage dauerte und dann kam für acht Tage die Harnausscheidung wieder in Gang. Es erfolgte ein zweiter Anfall von Anurie während acht Tagen und dann blieben die Harnausscheidungen normal bis zu dem in Kachexie erfolgenden Tod. Nach dem ersten Anfall von Anurie, als die Harnausscheidungen wieder eingetreten waren und die Gefahr beseitigt schien, traten heftige urämische Erscheinungen, Konvulsionen und Koma ein. Diese Möglichkeit des Verschwindens einer schon eingetretenen Anurie erschwert die Indikationsstellung zur Nephrostomie. Die Prognose der Anurie bei Gebärmutterkrebs ist nicht immer schlecht, selbst wenn sie sich wiederholt und mit Urämie kompliziert.)

91a. Hoehne, O., Kollumkarzinom bei Uterus bicornis unicollis (zwei Fälle). Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 9. Nov. zu Hannover. Ref. Monatsschr. f. Gyn. 1913. Bd. 37. Heft 5. p. 686. (Im ersten Falle trat das Karzinom knapp 11 Monate nach einer wegen Hämorrhagien in der Klinik ausgeführten Curettage auf. Binnen wenigen Monaten Rezidiv. Der zweite Fall ist noch dadurch bemerkenswert, dass nur ein Ureter vorhanden war [schon vor der Operation kystoskopisch festgestellt].)

91b. — Kombination eines Portiokarzinoms mit einer schweren linksseitigen Nieren- und Uretertuberkulose. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 9. Nov. zu Hannover.

Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1913. Bd. 37. Heft 5. p. 686. (Kasuistisch. 40jährige Frau. Jetzt, drei Jahre nach der erweiterten abdominalen Totalexstirpation, welche ½ Jahr später von der Exstirpation der linken Niere gefolgt wurde, ist die Frau frei von Karzinomrezidiv und hat keine manifesten tuberkulösen Erscheinungen am Harnapparat.)

91c. Hoehne, O., Kombination von Karzinom und Tuberkulose des Genitalapparates (zwei Fälle). Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 9. Nov. zu Hannover. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1913. Bd. 37. Heft 5. p. 688. (In dem einen Fall handelte es sich bei einer 55jährigen Nullipara um eine, die ganze Uteruswand, das Korpus und die Cervix durchsetzende Tuberkulose in Kombination mit einem hauptsächlich im Corpus uteri entwickelten Adenokarzinom, in dessen unteren Bezirk rechts der in der Cervixwand deutlich erkennbare Gartnersche Gang hineinzuverfolgen war. Das Präparat stammt schon vom Jahre 1901. — In dem anderen Fall wurde die Patientin wegen eines Plattenepithelkarzinoms nach Freund-Wertheim operiert und liess die Untersuchung eine Tuberkulose der Tuben und der Iliakallymphdrüsen erkennen.)

91d. Isabolinsky, M., und M. Dychno, Über die Serodiagnose des Krebses. (Russisch.) Wratsch. Gaz. Nr. 38. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1913. Nr. 18. p. 998.

92. Izar, G., Synthetische Antigene zur Meiostagminreaktion bei bösartigen Geschwülsten. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 33. p. 1247. (1. Reinigung der Antigene durch sukzessive Fällung aus methylalkoholischer Lösung mit verschiedenen Lösungsmitteln. 2. Benützung synthetischer Präparate als Antigene, anstatt der methylalkoholischen Tumorextrakte, Pankreasextrakte oder der jüngst von R. Köhler und A. Luger vorgeschlagenen Lezithinextrakte. 3. Ersatz des üblichen Nachweises stattgefundener Reaktion mittelst Messung der Oberflächenspannung durch sinnfälligere Methoden: Nachweis durch Komplementablenkung mit gereinigten und künstlichen Antigenen; durch Hämolyse infolge Befreiung hämolytischer Substanzen bei Benützung geeigneter Antigene.

93. Joannovics, G., Über das Verhalten transplantierter Karzinome in künstlich anämischen Mäusen. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 1. (Verlangsamte Entwickelung transplantierten Mäusekarzinoms bei anämisch gemachten weissen Mäusen.)

94. Johannsen, Th., Über drei Versuche der Behandlung inoperabler Karzinome mit Antimeristem. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. p. 426. (Alle drei Fälle boten Misserfolge.)

94a. Kaarsberg, Metritis chron. Cancer corporis uteri Pyosalpinx dupl. bei demselben Patienten. Ges. f. Gyn. u. Obst. 8. Nov. 1911. Ref. Ugeskrift for Lager. p. 1230. (O. Horn.)

95. Kalmanowski, Die Rolle der graphischen Methode in der Gynäkologie im Kampfe gegen den Gebärmutterkrebs. Schweiz. Rundschau f. Med. 1911. Nr. 35 u. 36. (Empfehlung der de Seigneuxschen Kurven, in die die Patientin ihre uterinen Blutabgänge einzutragen hat und die sie bei jeder Konsultation dem Arzte vorweisen soll.)

96. Kamperman, G., A Study of two hundred and twelve cases cancer of the uterus with special reference to early diagnosis. Amer. Journ. of Obst. Vol. 66. Nr. 418. p. 596. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 1. p. 46. (Statistische Arbeit, deren Zahlen sich auf Michigan beziehen. Karzinom steht dort an fünfter Stelle unter den Todesursachen. In den letzten fünf Jahren hat die Zahl um 15 % zugenommen. Auf 25 gynäkologische Kranke kam ein Karzinom. In 83 % der Fälle Cervixkarzinom, in 12 % Korpuskarzinom. Die Altersgrenzen des Krebses sind 28 und 75 Jahre; das mittlere Alter der Kranken ist 48 Jahre. Cervixkarzinom tritt am häufigsten auf zwischen 35 und 55 Jahren; Korpuskarzinom zwischen 55 und 65. Letzteres braucht meist zu seiner Entwickelung längere Zeit wie ersteres. Kranke mit Cervixkarzinom haben in 92 % der Fälle Kinder geboren; diese Zahl beträgt für Patientinnen mit Korpuskarzinom 72 %. Obschon Uteruskarzinom öfter auftritt bei Frauen, die geboren haben, erkranken doch auch Nulliparen. Erblichkeit spielt keine Rolle. Wenn die Operation helfen soll, muss die Diagnose früh gestellt sein. In 73 % der Fälle ist zunehmende Menstrualblutung oder unregelmässige Blutung das erste Symptom. Stinkender Ausfluss und Schmerzen späteres Stadium. Kachexie erst sehr viel später. Abdominale Radikaloperation ist das einzige Heilmittel; bei inoperablen Fällen kann eine Palliativoperation oft günstigen Einfluss auf die Erscheinungen haben. Die meisten Patientinnen sterben schliesslich an Infektion oder Urämie. Belehrung des Publikums wie der Ärzte muss zur Frühdiagnose der Fälle führen.

97. Kausch, W., Über Kollargol bei Sepsis und bei Karzinom. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 35. (Bei fünf Fällen von inoperablem Karzinom angewendet, verursachte

die Kollargolinjektion intravenös regelmässig starke Störungen des Allgemeinzustandes, Erbrechen, Fieber, Schlechterwerden des Pulses, Zyanose, so dass wohl eine zunächst noch unbekannte Einwirkung auf das Karzinom angenommen werden muss.)

98. Klemperer, G., Der jetzige Stand der Krebsforschung. Referat, erstattet in der Generalversammlung des Deutschen Zentralkomitees für Krebsforschung am 18. Mai. Hirschwald, Berlin.

99. Koch, H. W., Psychosen bei Karzinomkachexie. Diss. Kiel.

100. Kraus, R., Karzinomzelle und Karzinomreaktionen. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 23. p. 867—873. (Kraus unterzieht die verschiedenen Karzinomreaktionen einer eingehenden Kritik und ist bemüht, den diagnostischen Wert derselben zu beurteilen. Es scheint, als ob das Ziel, eine brauchbare Karzinomreaktion zu erhalten, nicht mehr weit entfernt ist. Die Meiostagminreaktion und die Komplementbindung nach v. Dungern scheinen spezifische Reaktionen zu sein.)

101. Kretschmar, W., Heilungserfolge bei Totalexstirpation von Uteruskarzinomen. Diss. München. (Aus dem Material 1904—1910 der Münchener Frauenklinik eine primäre Mortalität von 4,5 %. Absolute Heilung nach sechs Jahren 10,24 %, nach fünf Jahren 8,31 %. Rezidivfreiheit nach sechs Jahren 36,4 %, nach fünf Jahren 16 %.)

102. Kriwsky, L. A., Zur Frage der abdominalen Radikaloperation bei Uteruskarzinom. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 9. p. 272. (18 % Primärmortalität auf 50 Fälle, nach Wertheim operiert. Bis jetzt 13 Rezidive, 10 mal schon im ersten, dreimal im zweiten Jahr. Stark vergrösserte Drüsen wurden bei 14 Patientinnen gefunden. Gerade von diesen Kranken starben verhältnismässig viele und bekamen viele Rezidive; letztere traten früh auf und führten schnell zum Exitus. Zwei postoperative Harnleiterfisteln. In 42 % primäre Wundheilung; der Querschnitt mit den besten Resultaten. Postoperative Cystitis kam öfters vor.)

103. Krokiewicz, A., Autohämotherapie und Krebskranke. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 35. (Subkutane Injektionen von 6 ccm des eigenen Blutes können die Kachexie mildern, indem die Schmerzen und das Erbrechen nachlassen oder schwinden; Schlaf, Appetit, Kräfte und Lebensenergie können zurückkehren und beträchtlich zunehmen. Wo wegen Krebs eine Radikaloperation stattfand, kann die Autohämotherapie die Rekonvaleszenz in hohem Grade fördern und sollte als weiteres Heilverfahren eintreten.)

104. Krönig, B., Können wir hoffen, durch Erhöhung des Operationsprozentes die absolute Leistung der abdominalen Totalexstirpation des karzinomatösen Uterus zu erhöhen? Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 1. p. 55. Ref. Arch. mens. d'obst. et de gyn. 1 Année. Nr. 11. p. 445. (Ergänzung der Arbeit von Busse. Die absolute Heilung von 25,33 % veranlassen Krönig, noch radikaler zu operieren wie bisher. Dazu ist nötig, bei Umwallung des Ureters das Parametrium mitsamt dem Ureter zu exstirpieren. Durch weitere Anwendung der Rückenmarksanästhesie bezw. Sakralanästhesie wird sich auch bei den radikalen Eingriffen die Mortalität verringern. Die Kystoskopie vermag keinen richtigen Aufschluss darüber zu geben, ob ein Fall noch operabel, d. h. ob die Blase schon ergriffen ist oder nicht.)

105. Kubinyi, P. v., Beiträge zur Frage der sarkomatösen Entartung der Gebärmuttermyome und des Zusammentreffens mit Korpuskarzinom nebst Beschreibung eines Falles von Karzinosarkom des Uterus. Arch. f. Gyn. Bd. 97. p. 237. (Siehe unter „Myom" p. 122, Nr. 87.)

106. Küttner, S., Ein Fall von Operation nach Wertheim-Krönig-Bumm. Journ. akusch. i shensk. bol. Sept. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu St. Petersburg. (H. Jentter.)

107. Kuramitsu, Die operative Statistik der Uteruskarzinome. Zeitschr. d. japan. gyn. Ges. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35. p. 1169. (Kinoshita hat in den letzten 10 Jahren 408 Frauen wegen Uteruskarzinom operiert und zwar 307 abdominal radikal, 39 vaginal radikal und 62 palliativ. Mortalität der abdominalen Operation 31,3 %, der vaginalen 2,5 %. Die Dauerheilung nach Winter betrug 58,8 %, nach Waldstein 37 %. Die Dauerheilung der vaginalen zur abdominalen Operation verhält sich wie 1 : 2. Heridität wurde nur in 3,2 % der Fälle nachgewiesen. Das mittlere Alter der Frauen mit Korpuskarzinom war 48 Jahre, das der Cervixkarzinome war 41 Jahre; die mittlere Zahl der Entbindungen 4,2. Es waren 4,4 % der Fälle mit Schwangerschaft kombiniert.)

108. Leischner, H., Anurie bei inoperablem Uteruskarzinom. Nierenfistel als Palliativoperation. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 23. p. 902. (Plötzlich sich einstellende vollständige Anurie bei einer bis dahin ganz gesunden 68jährigen Hebamme, mit starken Schmerzen in der rechten Nierengegend. Szirrhöses Karzinom des Uterus mit derber Infiltration beider Parametrien, besonders rechts. Freilegung der rechten Niere in Morphin-Äthernarkose; dieselbe war auf das doppelte des Normalen vergrössert, blaurot verfärbt. Nephrotomie, Drainage. Am zweiten Tage p. op. reichliche Urinsekretion aus der Wunde. Patientin erholt sich und fühlt sich nach fünf Wochen vollkommen wohl; sie ist sich ihres Karzinoms nicht bewusst. Aus der Blase entleerten sich in letzter Zeit nur ganz geringe Urinmengen, dagegen flossen grosse Harnmengen aus der Operationswunde ab. Kystoskopie bei der kleinen Kapazität der Blase unmöglich.)

109. Leopold, G., Über maligne Tumoren nach Injektion von Reinkulturen von Blastomyzeten und über maligne Tumoren bei Tieren nach Implantation menschlichen Karzinoms. Arch. f. Gyn. Bd. 96. Heft 3. p. 405.

110. Letulle, Maladie kystique du rein avec malformations multiples chez une femme atteinte de cancer de l'utérus. Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris. Déc. 1911. p. 727.

111. Lewin, C., Die Immunität bei bösartigen Geschwülsten. Therapie d. Gegenw. 1911. Heft 10 u. 11. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11. p. 352. (Es gibt eine natürliche Immunität gegen bösartige Geschwülste, deren Natur vorläufig unbekannt Man ist imstande, durch Impfung mit avirulentem Tumormaterial der eigenen wie der fremden Tierspezies und ebenso mit normalem Gewebe gegen hochvirulente Geschwülste der Tiere eine Schutzwirkung zu erzielen. L. nimmt auf Grund eigener Erfahrungen an, dass sie durch aktive Immunisierung unter Bildung von Antikörpern zustande kommt. Das gibt die Hoffnung, dass man auch zu einer spezifischen Therapie der bösartigen Geschwülste des Menschen gelangen wird. In der Kenntnis der konstitutionellen Disposition und der Wachstumsbedingungen bei den malignen Tumoren ist man schon relativ weit fortgeschritten, obwohl die experimentelle Forschung noch nicht viel mehr als 10 Jahre existiert.)

112. — Über Ferment- und Chemotherapie der bösartigen Geschwülste. Therapie d. Gegenw. 1911. Sept. (Zusammenfassende Übersicht über dieses Gebiet. Bezüglich der zahlreichen chemotherapeutischen Vorschläge soll man sich nicht allzu grossen Hoffnungen hingeben; man muss das post hoc ergo propter hoc sehr berücksichtigen.)

113. — Die Zellersche Krebsbehandlung. Therapie d. Gegenw. Sept. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 1. p. 48. (Trotz der Anerkennung Czernys kommt Verf. zu dem Schluss, dass von einer Krebsheilung nicht gesprochen werden könne, solange Erfahrungen über die Behandlung der innerlichen Krebse fehlen. Es sei durchaus hervorzuheben, dass die grosse Mehrzahl der Heilungen Zellers nur Hautkrebse betreffen. Ihre bekannte relative Gutartigkeit erlaube es daher nicht, sie als Prüfstein für den Wert einer allgemein gültigen, neuen Krebsheilmethode anzusehen. Lewin betont deshalb ausdrücklich, dass gerade die Heilmethode der malignen Tumoren an den inneren Organen das Ziel der Therapie sein müsse.)

114. Liepmann, W., Drainage und Freund-Wertheimsche Karzinomoperation. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33. p. 1078. (Die Drainage scheint Liepmann das einzige Mittel zu sein zur Verbesserung der primären Mortalität der Uteruskarzinomoperation Sie schadet der Operierten nicht, fördert das Wundgebiet am Zusammenheilen ohne es zu reizen und unterstützt den Gesamtorganismus im Kampf gegen die eingedrungenen Keime. Empfehlung der „Tütendrainage".

115. Littauer, A., Kolossalprolaps mit Karzinomentwickelung am Muttermund. Ges. f. Geb. u. Gyn. in Leipzig. Sitzg. vom 11. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36. p. 1187. (Krankenvorstellung; 58jährige Frau; der Vorfall ist seit 20 Jahren ganz draussen.)

116. Loeb, L., Einige Bemerkungen zur Definition und Lösung des Krebsproblems. Interstate med. Journ. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19. p. 628. (Das ganze Problem ist im wesentlichen ein biologisches. Nur durch genauestes, systematisches Studium der biologischen Bedingungen, unter denen der Krebs entsteht, kann schliesslich eine wirksame Therapie gefunden werden. Vor allem ist festzustellen, an welchem Punkte die Wachstumsgesetze der Krebszellen von denen normaler Zellen abzuweichen beginnen; dann erst nachzuforschen, worin die Ursachen dieser Abweichungen liegen. Nicht nach „der Ursache" des Krebses darf gesucht werden, sondern nach allen den Ursachen und unterstützenden Momenten der Krebsentwickelung.)

117. Loeb, L., Clurg und Sweek, Über die Behandlung des menschlichen Karzinoms mit Injektionen von kolloidalem Kupfer. Interstate Med. Journ. St. Louis. Dec. Ref. Wiener klin. Wochenschr. 1913. Nr. 1. p. 30. (Es wurden bisher nur dem Auge zugängliche Karzinome, keine Genitalkarzinome behandelt. Verff. berichten über acht mit Erfolg behandelte Fälle, darunter zwei mit nahezu kompletter Heilung. Die Beobachtungen zeigen die allmähliche Rückbildung von Karzinomen verschiedenster Art. Die Patientinnen bekamen täglich, bezw. sechsmal in der Woche, eine intravenöse Injektion von erwärmter kolloidaler Kupferlösung, wobei 300 bis 400 ccm der Lösung langsam injiziert wurden. Starke Reaktion mit Schüttelfrösten, Fieber und irregulärer Herztätigkeit, welche mit Wiederholung der Injektionen abnimmt. Lokal Hyperämie, gesteigerte Sekretion und Empfindlichkeit des Tumors, welche in der Regel nach 15 Injektionen schwinden; es erfolgt dann allmähliche Rückbildung des Tumors, zum Teil mit Nekrose oder Schorfbildung.)

118. Lubarsch, O., Die Bedeutung des Traumas für Entstehung und Wachstum krankhafter Gewächse. Med. Klinik. Nr. 41. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 1. p. 46.

119. Mackenrodt, A., Endresultate der Karzinomoperation mittelst der Laparotomia hypogastrica. VI. Internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sept. Ref. Zentralbl. f. Geb. u. Gyn. Nr. 40. p. 1323. (Mackenrodt hatte viele Jahre 100 % Operabilität, jedenfalls über 95 %. Unter Operabilität versteht er die Möglichkeit, die Parametrien auszuräumen. Bei der Ausräumung ist besonders der Beckenboden zu berücksichtigen. Von den 1901 Operierten leben noch 80 %, von 1903 47 %, 1905 33 %, 1906 22,2 %, 1907 25 %; die bei der Nachuntersuchung Fehlenden sind hierbei als Rezidiv gerechnet. Auf 10 Jahre verteilt ergibt sich eine Mortalität von 19 %. Man kann jetzt sagen, dass bei 80 % Operabilität 25 % Dauerheilungen, bei 60 % Operabilität 22—23 % Dauerheilungen zu verzeichnen sind. Eingehende Beachtung muss man Blasen- und Rektumrezidiven schenken. Er hat früher bei jeder ausgesprochenen Adhärenz Blase und Rektum partiell reseziert. Das perineale Verfahren mit Resektion des Steissbeins schafft sehr viel Platz.)

120. — Uterus- und Rektumkarzinom. Gyn. Ges. zu Berlin. Sitzg. vom 22. Nov. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 52. p. 2476. (Das von der hinteren Lippe ausgehende Karzinom war auf das Rektum übergegangen. Uterus und Rektum wurden in derselben Sitzung exstirpiert. Der Sphinkter blieb intakt und funktionsfähig. Nach anfangs glattem Verlaufe trat Exitus durch Inkarzeration einer Dünndarmschlinge ein. Vortr. glaubt, dass sich solche Fälle in einer Sitzung operieren lassen.)

121. Malcolm, J. D., Wertheims Operation for Cancer of the Cervix uteri. British med. Journ. Nr. 2685. June 15. p. 1350. (Empfehlung der Wertheimschen Operation. 15 Fälle mit einem Todesfall. Fünfmal wurde nach Eröffnung der Bauchhöhle von der weiteren Operation Abstand genommen, entweder wegen des Vorhandenseins zahlreicher geschwollener Lymphdrüsen oder wegen Vorgeschrittenseins des Karzinoms und Übergang auf Blase und seitliche Beckenwand. Schmerzen und übelriechender Ausfluss sind nicht Früh-, sondern Spätsymptome des Cervixkarzinoms.)

122. Manton, W. P., Beckentumoren bei der Frau, mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose. Journ. of the Mich. State med. Soc. 1911. Sept. (Häufigkeit nach Manton: Myome 62 %, Karzinome 8 %, Ovarialzysten 11 %. Zur Frühdiagnose des Karzinoms soll jede Frau über 30 Jahre sich alle drei Monate von einem kompetenten Gynäkologen untersuchen lassen.)

123. Markowsky, A.. Vergleichende Bewertung der radikalen Operationen des Uteruskrebses nach den neuesten Daten Wertheims. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Febr. (Markowsky bespricht alle Nachteile der Wertheimschen Operation: Ureterennekrose, Verletzung der Harnleiter, der Blase, Parese der Blase, Verletzungen des Mastdarmes, der grossen Gefässe, grosse Zahl der Probelaparotomien; beweist, dass die Möglichkeit der Drüsenexstirpation nicht zu hoch angeschlagen zu werden verdient. Die primäre Sterblichkeit ist nach der Wertheimschen Operation sehr hoch [19,4 %], während sie bei vaginalem Vorgehen bei Ott 2,1 %, bei Schauta 8,9 % beträgt. Nach eingehender Kritik der Dauerresultate spricht sich Verf. gegen die Wertheimsche Operation aus, zu gunsten der vaginalen Methode, weil letztere eine minimale primäre Sterblichkeit gibt, bei nur schlechteren Dauerresultaten.) (H. Jentter.)

124. — Der Wert der Radikaloperation der Kollumkrebse nach den letzten Wertheimschen Angaben im Lichte der Kritik. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 6. p. 715. La Gyn. Nr. 6. p. 366. (Kritische Besprechung der von Wertheim publizierten Resultate seiner 500 Radikaloperationen des Kollumkrebses im Vergleich mit den Resultaten der vaginalen Operation. S. Nr. 123.)

125. Marschner, Karzinomatöser Uterus, vaginal totalexstirpiert, trotz Infiltration des linken Parametriums. Gyn. Ges. zu Dresden. Sitzg. vom 17. Okt. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 4. p. 133. (Der Fall war sechs Wochen früher von anderer Seite nur mit Ausschabung und Verschorfung behandelt worden.)
126. Martin, J. F., Fibrom und Carcinoma corporis (zwei Fälle). Lyon méd. 1911. Nr. 28 u. 32. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48. p. 1640. (Siehe pag. 125. Nr. 105.)
127. Massey, G. B., Arsenoization in inoperable cancer. Amer. Journ. of Surg. 1911. Dec. p. 384.
128. Mc Cann, F. J., Abdominal operations for cancer of the cervix and corpus uteri. Edinb. obst. Soc. Meeting on Dec. 13. 1911. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 10. p. 483. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 21. Nr. 1. p. 59. The Lancet. Vol. 182. Jan. 6. p. 23. (Die Operation zerfällt in zwei Teile in verschiedenen Zimmern. Zuerst wird der nekrotische Teil der Cervix ausgekratzt und kauterisiert, die Vagina mit $AgNO_3$ ausgewischt und mit Jodoformgaze gefüllt und hierauf in Trendelenburgscher Lage der Uterus und die Adnexe per laparotomiam entfernt. Eine leichte Blasenlähmung tritt in jedem Falle auf. Cystitis kann jedoch durch sorgfältiges Katheterisieren vermieden werden. Statistik über 41 Fälle mit zwei Todesfällen; 24 Korpuskrebse mit einem Todesfall. Diskussion: Brewis: die abdominale Operation sei schon lange vor Wertheim ausgeführt; letzterem gebührt nur das Verdienst, die Scheidenklemmzange eingeführt zu haben. Korpuskrebse seien seiner Erfahrung nach fast ebenso häufig und bösartig, wie Cervixkarzinome. Kynoch glaubt, dass in Deutschland Uteruskrebse viel frühzeitiger zur Operation kommen als in England. Seine eigenen Erfahrungen mit der vaginalen Hysterektomie recht unbefriedigend. Fordyce glaubt, dass die Wertheimsche Operation, wenn Infiltration der Blase vorliegt und Gefahr für Zerreissung besteht, nicht fortgesetzt werden dürfe. Carmichael warnt vor Massenligaturen. Haig Fergusson betont die Unmöglichkeit, alle Drüsen des Beckens zu entfernen. Sektionsbefunde haben jedoch gezeigt, dass nur bei einem Drittel der Cervixkarzinome, und zwar gerade bei den inoperablen, die Drüsen erkrankt sind. Die Rezidive treten nicht so sehr in den Drüsen als in den Narben auf. Hauptsache ist die Entfernung der Parametrien. Mc Cann hält es wegen der Gefahr von Sepsis und Cystitis nicht für ratsam, einige Tage vor der Operation zu curettieren.)
129. — The Technique of the more extensive abdominal Operations for Cancer of the Womb. The Lancet. Vol. 183. Sept. 21. p. 819. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 22. Nr. 4. p. 232. (Eingehende Besprechung der Technik der Wertheimschen abdominalen Totalexstirpation mit einigen unwesentlichen Abänderungen derselben. Für die Operation wird die Scheide austamponiert; Bauchwundränderschutz mit Billroth-Battiststreifen. Es soll mit dem Zurückpräparieren der Blase angefangen werden, um bei eventueller Inoperabilität noch mit der geringsten Schädigung für die Patientin aufhören zu können. Einführen des Zeigefingers in den Ureterenkanal durch das Parametrium, um letzteres auf denselben zu spalten. Empfehlung der Wertheim-Klemmen. Bei der Eröffnung der Scheide soll das Operationsterrain mit Tüchern abgedeckt sein. Nach Entfernung des Uterus wird ein Gazestreifen in die Scheide gelegt und darüber das Peritoneum geschlossen. Das Netz wird über die Intestinae gedeckt. Verf. steht bei der Operation rechts von der Patientin. Der durchschnittene Ureter wird in die Blase implantiert, eventuell auch, wenn er schon vom Karzinom komprimiert war und die Niere vielleicht schon atrophisch, einfach unterbunden. Indikationen zur abdominalen Operation und Kontraindikationen. Vorzüge des abdominalen Vorgehens vor dem vaginalen [Lymphdrüsen]. Die Primärmortalität betrug auf 41 Cervixkarzinome zwei, auf 24 Korpuskarzinome eine Patientin.)
129a. — Cancer of the Womb. Henry Frowde and Hodder & Stoughton, London.
130. Merkel, F., Demonstration. 1. Karzinomatöser Polyp des Uterusfundus, 2. Uteruskorpuskarzinom. Ärztl. Verein in Nürnberg. Sitzg. vom 15. August. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 51. p. 2842.
131. Mischin, Cancer corporis uteri und seine Diagnostik. Russki Wratsch. Nr. 28. (Eingehender Bericht über 11 Fälle. Schlusssätze: Bei Verdacht auf Korpuskarzinom ist eine totale Curettage der Uterusschleimhaut indiziert. Es muss eine ganze Serie der Mukosapräparate untersucht werden, denn der bösartige Prozess kann auch nur kleine Bezirke der Schleimhaut betreffen. Die Frage über eine charakteristische Veränderung der Schleimhaut bei Krebs ist negativ zu beantworten. Die Veränderungen

der Mukosa sind in der grössten Mehrzahl entzündlicher Natur [verschiedene Stadien] und betreffen hauptsächlich das interglanduläre Gewebe.) (H. Jentter.)

132. Mintrop, H., Ein Fall von Uterus bicornis unicollis mit Myom, Karzinom des Fundus und Pyometra. Diss. Strassburg. Febr. (Siehe pag. 126. Nr. 116.)

133. Mirabeau, S., 1. Drei Fälle von Korpuskarzinom mit sekundären Ovarialkarzinomen; 2. zwei Fälle von Korpuskarzinom mit gleichzeitigen Kugelmyomen; 3. ein Fall von Korpuskarzinom neben Cervixkarzinom und interstitiellem Myom des Fundus; 4. Korpuskarzinom bei gleichzeitigem Myom des Fundus und doppelfaustgrossem Kystom des Ovariums. Münchn. gyn. Ges. Sitzg. vom 18. Mai 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2. p. 53. Diskussion Theilhaber.)

134. Morian, R., Karzinombehandlung mit Zellerscher Paste. Ärztl. Verein zu Essen-Ruhr. Sitzg. vom 19. Nov. Ref. Berl. klin. Wochenschr. 1913. Nr. 2. p. 89. (Bericht über einen vergeblich behandelten Fall von Epithelkrebs des Unterkiefers, Mundbodens und Halses. Die Paste schmerzte zu sehr und musste wieder weggelassen werden.)

135. Morosowa, E., Jodkali bei Uteruskarzinom. Klinische und pathologisch-anatomische Beobachtungen. Russki Wratsch. 1911. Nr. 51. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 18. p. 1000. (Morosowa stellte mit Schirschow Versuche an 14 Patientinnen an und kam zum Resultat, dass in den Tumoren das Jodkali zweifelsohne regressive Vorgänge und Zerfallsprozesse bewirkt, die sich mitunter bis zur völligen Nekrose der Geschwulst und Sequestrierung der krebsigen Organe und Gewebe mit konsekutiver Ausstossung derselben steigern können. Jedoch stellen sich bei manchen Kranken wohl infolge des Geschwulstzerfalls neben den vermehrten Ausscheidungen auch sehr starke Blutungen ein, die kaum zu stillen sind. Das Jodkali wurde in Form von Klysmata mit subkutanen Injektionen von Natr. arsenic. verabfolgt.)

136. Müglich, T. G., Sehr grosse Pyometra bei Cervixkarzinom. Demonstr. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. 25. Nov. 1911. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 8. p. 389. (57jährige Frau; gut mannsfaustgrosser, weicher Uterus. Trotz der Menge des gestauten und infizierten Sekrets waren nie Uteruskoliken beobachtet.)

137. Murphy, W. G., Uterine Cancer; its early recognition by the general practitioner. Amer. Journ. of Surg. Jan. Vol. 26. Nr. 1. p. 57.

138. Nagoya, C., Operabilität des Uteruskarzinoms. Die Ursache der späten Inanspruchnahme des Arztes. Diss. München. (An der Döderleinschen Klinik schwankt dieselbe zwischen 56 und 80 %. Der Grund hierfür liegt in dem Verhalten der Patientinnen, die zu spät zum Arzt kommen.)

140. Nikolsky, A., Über die Unterbindung der Art. hypogastricae und der Art. uterinae. Diss. Tomsk. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35. p. 1169. (Es besteht bei der Unterbindung der Art. hypogastricae wegen Vorhandensein ausgedehnter Anastomosen mit benachbarten Gefässgebieten keine Gefahr für Nekrose der Blase, des Rektums und im Gebiete des kleinen Beckens. Literaturzusammenstellung von 65 Fällen von inoperablem und 64 Fällen von operablem Karzinom, in denen die Unterbindung ausgeführt wurde. Nur im letztgenannten Falle berichtete Bumm über vier Fälle von Nekrose der Blasenschleimhaut. Mitteilung von 45 Operationsgeschichten aus der gynäkologischen Klinik in Tomsk, in denen die Unterbindung zwecks radikaler Ausräumung des Beckens vorgenommen wurde. 19mal wurden beide Ureteren, achtmal ein Ureter in den Darm implantiert, 21 mal die Blase mit entfernt. Primäre Mortalität 18 = 40 %. Der zweite Teil der Arbeit behandelt die anatomisch-topographischen Variationen der Uterina und gibt einen Überblick über Technik und Indikationen zu ihrer Unterbindung, zu der die Abgangsstelle vor der Hypogastrika gewählt wird. 28 Operationsgeschichten illustrieren die Methode. Nachuntersuchungen über das weitere Befinden der Patienten nach so eingreifender Operation fehlen vollständig.)

141. Noack, A., Über Nebenverletzungen bei der erweiterten abdominalen Uterusexstirpation. Diss. Würzburg. Febr. (Unter 117 an der Würzburger Frauenklinik ausgeführten erweiterten abdominalen Uterusexstirpationen wegen Uteruskarzinom ereigneten sich 24 Nebenverletzungen: viermal Verletzung eines Ureters, einmal des Rektum, 19mal Blasenverletzung. Mit Ausnahme von einer Blasenscheidenfistel heilten alle diese Verletzungen per primam. Die primäre Mortalität betrug 5 %.)

142. Oberndorfer, S., Demonstration eines Falles von Karzinosarkom. Münchn. gyn. Ges. Sitzg. vom 15. Dez. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 10. p. 306. (Die Karzinomnester liegen zerstreut in dem sarkomatösen Stroma.)

143. Oefele, F. v., Tellur und Selen in ihren Wechselbeziehungen als Heilmittel. New York med. Journ. Vol. 22. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 1. p. 48. (Während

bei Karzinomen mit einem spezifischen Gewicht des Urins von weniger als 1013 sich die Behandlung mit Selen bewährt hat, hält Verf. für Fälle mit erhöhtem spezifischem Gewicht, bei denen Selen gewöhnlich versagt, Versuche mit Tellur für aussichtsreich.)

144. — Selennachweis im Urin bei Karzinom. New York med. Journ. April. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35. p. 1171. (Seit Selenpräparate zur Karzinombehandlung Verwendung finden, wird der Nachweis des Selens im Urin zuweilen notwendig. Die Proben beruhen auf der Fähigkeit der Selenverbindungen, Sauerstoff zu übertragen: Phenolphtalin wird bei Anwesenheit von Selen in 12—24 Stunden zu Phenolphtalein oxydiert, während die gleiche Reaktion bei Anwesenheit von Blut schon in der ersten halben Stunde eintritt. Eine schwache Lösung von Leukomethylenblauzinkchlorid-Doppelsalz wird bei Zusatz von Selenurin tiefblau. Bei Zusatz von Salzsäure zu Selenurin entsteht durch Kochen ein widerlicher Geruch nach faulem Meerrettich. Wenn dann noch einige Stäbchen Zinkmetall zugegeben werden, tritt durch stürmische Wasserstoffentwickelung Schaumbildung ein. Die obersten Millimeter des Schaumes färben sich rot.)

145. — Selen als Karzinomheilmittel. New York med. Journ. Vol. 22. Nr. 9. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. p. 976. (Die pharmakologischen Untersuchungen des Verfassers ergaben unter anderem eine spezifische Einwirkung der Selensalze auf den Stoffwechsel im Sinne einer Vermehrung der Schwefelsäureausscheidung. Diese liess eine Wachstumshemmung von bösartigen Neubildungen erhoffen, welche auch tatsächlich konstatiert werden konnte. Deshalb ist ein therapeutischer Versuch bei inoperablem Karzinom angebracht. Zur Anwendung kamen besonders die Natrium- und Kaliumsalze der Selenzyansäure.)

146. Oestreich, R., Die interne Behandlung mit Antituman. Zeitschr. f. Krebsforschung. Bd. 11. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19. p. 630. (Das so oft beobachtete refraktäre Verhalten des Knorpels gegen andringende Geschwulstwucherung veranlasste den Verf., den im Knorpel vorhandenen charakteristischen Bestandteil, die Chondroitinschwefelsäure, zur Behandlung maligner Tumoren zu benutzen. Er wandte sie an in Form des chondroitinschwefelsauren Natrons [Antituman], das er in Tagesdosen von 0,1 injizierte. Die Injektion hat häufig Fieber und Schmerzen in den Tumoren zur Folge, auch wenn diese weitab von der Injektionsstelle liegen. Die Sektion ergab in vielen Tumoren — es wurden nur absolut infauste Fälle damit behandelt — eine Degeneration der Geschwulstzellen, Nekrose und Leukozyteninfiltration.)

147. Ogórek, H., Demonstration zweier Uteri mit besonders grossen polypösen Adenomen der Korpusschleimhaut; in dem einen ausserdem noch mehrere kleine intramurale und subseröse Myome und ein drüsiges, wahrscheinlich auf dem Boden eines Polypen entstandenes Karzinom der Cervix. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 16. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35. p. 1088. (Diskussion: Latzko, Schottlaender.)

147a. Oliva, Epitelioma sul moncone di pregressa isterectomia. (Epitheliom am Stumpfe einer vorhergegangenen Hysterektomie.) Annali di Ostetr. e Gin. Milan. XXXIV. p. 446. (Artom di Sant' Agnese.)

148. Orlow, Ein seltener Gebärmuttertumor. Wratsch. Gaz. Nr. 13. Sitzungsber. d. Ges. russ. Ärzte zu Odessa. (Die 1 Pud 15 Pfund wiegende Riesengeschwulst erwies sich als ein pseudomuzinöser karzinomatöser Tumor, ausgehend von der Gebärmutter. Heilung.) (H. Jentter.)

149. De Pace, N. G., Sulla scomparsa di un enorme cancro vegetante del collo dell' utero senza cura chirurgica. (Das Verschwinden eines enormen vegetierenden Krebses der Cervix ohne chirurgische Behandlung.) La Gin. Firenze. IX. Fasc. 3. (Patientin hatte eine Antiwutkur durchgemacht und es zeigte sich der Schwund des Tumors, der nach 10 Jahren rezidivierte. Verf. hat die Einspritzungen von Rückenmarkemulsion in verschiedenen anderen Fällen versucht und erzielte vorübergehende Besserung, wie man sie durch Einspritzungen anderer organischer Extrakte oder Flüssigkeiten erhielt.) (Artom di Sant' Agnese.)

150. Percy, J. F., The Results of the Treatment of Cancer of the Uterus by the actual Cautery, with a practical method for its application. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 58. Nr. 10. p. 696. Ref. Wiener klin. Woch., Nr. 23, p. 854. (Verwirft die Totalexstirpation wegen ihrer hohen primären Mortalität als „legalized assassination"! Empfiehlt die Thermokauterisation von der Scheide aus und gibt Instrumente und eine Methode an, bei der zur Vermeidung von Schädigungen durch zu grosse Hitze zwei Finger durch einen kleinen Laparotomieschnitt in die Bauchhöhle

eingeführt werden und Thermometer eingelegt in die Blase und ins Rektum. 13 Fälle, von denen eine Patientin angeblich seit drei Jahren geheilt.)

151. Peterson, R., Primary and End Results of Fifty-one Radical Abdominal Operations for Cancer of the Uterus. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 15. Nr. 2. August. Amer. Journ. of Obst. Vol. 66. Nr. 418. p. 612. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48. p. 1638. (Darunter sind 11 Korpuskarzinome, 40 Cervixkrebse. Operabilitätsprozent 23,4 % von allen Krebsfällen in den letzten 10 Jahren. Primärmortalität 19,6 %; in den letzten Jahren aber viel geringer geworden. Nur 14 Fälle datieren von mehr wie fünf Jahren her; davon sind sechs infolge der Operation gestorben und drei an Rezidiv. In 87,5 % der Fälle entstand das Rezidiv in der Scheidennarbe, 29 mal wurden Drüsen entfernt, welche alle mikroskopisch untersucht, nur fünfmal Karzinom zeigten. Die Drüsenausräumung soll nur vorgenommen werden, wenn der Zustand der Patientin die Verlängerung der Operationsdauer gestattet. Drainage des Peritonealraumes vergrössert die Gefahr der Peritonitis und ist deshalb zu unterlassen. Das Beckenbindegewebe soll nach der Vagina hin drainiert werden, jedoch nur, wenn es die Blutung erfordert. Am grössten die primären Gefahren bei fettreichen Patientinnen, die deshalb von der abdominalen Operation auszuschliessen. Die primären Todesursachen Schock, Blutung, Peritonitis und Embolie lassen sich verringern durch Abkürzung der Operationsdauer, exakte Blutstillung, Desinfektion der Vagina und Cervix vor der Operation, Abklemmung der Scheide vor Eröffnung. Vermeidung jedes unnötigen Insultes der Beckenvenen besonders durch Druck der Bauchspekula.)

152. Pichevin, R., Curettage explorateur de l'utérus et hystérectomie. Semaine gyn. Nr. 13. p. 89.

153. — Amputation du col cancéreux on hystérectomie totale. Semaine gyn. Nr. 14. p. 97.

154. — Curettage explorateur et épithélioma de l'utérus. Semaine gyn. Nr. 19. p. 137.

155. Pinkuss, A., Weitere Erfahrungen über serologische Diagnostik, Verlauf und Behandlung des Karzinoms. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 2. (Geringer antitryptischer Wert lässt Karzinom mit grosser Wahrscheinlichkeit ausschliessen; erhöhter Antitrypsintiter lässt keine bestimmte Diagnose auf Karinom zu, wenn nicht auch die Anamnese dafür spricht [eitrige Prozesse im Körper geben die nämliche Reaktion]. Ein Ansteigen des Antitrypsintiters nach Karzinomoperationen macht das Vorhandensein eines Rezidivs wahrscheinlich. Bei schwerster Krebskachexie keine Erhöhung des Titers mehr. Heilungsversuche mit Autovakzine brachten bei Tieren oft karzinomatöse Tumoren zum Verschwinden.)

156. Polak, J. O., Results of abd. hystérectomie for cancer of the uterus. Transact. of the Amer. gyn. Soc. Amer. Journ. of Obst. Vol. 66. Nr. 418. p. 625. (Polak macht seit 10 Jahren die Totalexstirpation, aber es lebt keine von seinen operierten mehr. Dagegen berichtet er über vier Fälle, welche er für inoperabel gehalten nach der Byrneschen Methode kauterisiert. Von diesen lebt die jüngst Operierte seit acht Jahren. Er lässt den Thermokauter mehrere Stunden liegen. Im letzten Jahre sah er in seiner Klinik unter 4000 gynäkologischen Fällen keinen einzigen operablen Fall von Karzinom.)

157. Porter, Die chirurgische Behandlung des Uteruskarzinoms. The Boston med. and surg. Journ. Tome 166. Nr. 2.

158. Radwanska, Uterus carcinomatosus nach Wertheim entfernt. Erschwerung der Operation durch einen Ureter mit nachfolgender Fistel desselben. Krakauer gyn. Ges. 27. Febr. Przeglad Lekarsk. Nr. 20. p. 369. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)

159. Ribbert, H., Zur Chemotherapie des Krebses. Med. Klinik. Nr. 49. p. 1981. (Biologie des Krebses in bezug auf die Einwirkung chemischer Substanzen auf denselben. Verf. kommt auf Grund seiner theoretischen Überlegungen zum Verständnis der Schwierigkeit, durch eine chemotherapeutische Behandlung das Karzinom in allen seinen Teilen zu vernichten. Wirken die mit dem Blute zugeführten Substanzen zu intensiv, so töten sie auch die normalen Zellen am Rande des Tumors und im übrigen Körper; machen sie sich aber zu schwach geltend, dann bleiben mit allen anderen Elementen auch die jungen Krebszellen am Leben. Trotzdem darf man auf einen schliesslichen Erfolg rechnen. Er wird aber wohl nur mit einer kombinierenden Methode zu erreichen sein. Es sollte gelingen können, die jungen Krebszellen, die doch immerhin biologisch etwas anders beschaffen sind wie die normalen Körperzellen, durch geeignete Stoffe zwar nicht zu töten, aber so in degenerativer Richtung zu beein-

flussen und ihre Widerstandskraft zu vermindern, dass sie einer anderen Einwirkung zugänglich werden.)

160. Rieck, A., Demonstration eines Stückes Bauchhaut, enthaltend eine Laparotomienarbe, einen Uterus mit Korpuskarzinom, einen Rezidivknoten und ein Stück Rektum. Altonaer Ärztl. Verein. Sitzg. vom 28. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 23. p. 1296. (Vor vier Jahren Laparotomie wegen doppelseitigem Ovarialkarzinom, 14 Tage später. wiederholt wegen Korpuskarzinom; dabei Exstirpation der Bauchnarbe, die schon von dem ventrifixierten Korpus aus krebsig infiltriert war. Dritte Laparotomie wegen retroperitoneal hinter dem Rektum gelegenem Rezidivknoten zwei Jahre später. Derselbe wurde entfernt und ein 6—7 cm langes Stück Rektum, welches von Karzinom ergriffen war, durch Invagination ohne Eröffnung des Darmes am neunten Tage zur spontanen Ausstossung gebracht. Zurzeit, vier Jahre nach der primären. zwei Jahre nach der Rezidivoperation, volle Gesundheit ohne alle Beschwerden.)

161. Robson, H. J., A preliminary Note on the Use of Taraxacum in „cancer". The Brit. med. Journ. May 25. p. 1181. (Bei drei Fällen von inoperablem Karzinom sind die Beschwerden durch Taraxacum per os bedeutend gebessert.)

162. Rogow, Ein Fall von Heilung eines postoperativen Karzinomrezidivs. Journ. f. Geb. u. Gyn. 1911. p. 273. (Russisch.) Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 1. p. 47. (Drei Monate nach der Radikaloperation bildete sich bei einer 43jährigen Patientin in der Scheidennarbe ein ulzeröser Knoten, den Verf. mit Acid. arsenicosum in Pulverform bedeckte. In Abständen von 5—15 Tagen wiederholte er diese Behandlung und liess die Kranke Jodkali in 4—10 %iger Lösung stets ansteigend sechs Monate lang nehmen. Die Ätzung mit Acid. arsenicos. wurde in 3½ Monaten achtmal wiederholt. Danach war jede Spur von Infiltrat verschwunden, die Kranke hatte ca. 17 kg an Gewicht zugenommen, sah blühend aus und war noch fünf Monate nach Schluss der Behandlung gesund. Die intensive Jodkalibehandlung ist jedoch kontraindiziert bei Hyperaziditas, Nephritis und Tuberkulose.)

163. Rosenberg, M., Zur Frage der serologischen Karzinomdiagnostik. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 26. (Versuche mit der Komplementbindungsreaktion ergaben, dass die meisten positiven Reaktionen nicht auf die Krebskranken, sondern auf Syphilitiker entfallen. Die bei älteren, nicht inaktivierten Sera vorkommende Eigenhemmung der Hämolyse wurde bei Karzinomkranken besonders oft beobachtet. Die Behauptung v. Dungerns, dass die Komplementfixation bei allen Geschwulstträgern positiv ausfällt, erscheint somit nicht gerechtfertigt.)

164. Ross, H. C., J. W. Cropper and E. H. Ross, Further Researches into Induced Cell Reproduction and Cancer. With Illustrations. Philadelphia 1911. Ref. The Amer. Journ. of Obst. Vol. 65. p. 665. (Chemische Substanzen sind imstande, menschliche weisse Blutkörperchen unter dem Mikroskop zur Zellteilung und -Vermehrung zu bringen. Der pathologisch erhöhte Zellvermehrungsvorgang im Karzinom wäre ebenfalls auf die Wirkung chemischer Substanzen zurückzuführen.)

165. Rosner, Uterus wegen Karzinom entfernt bei gleichzeitiger Tuberkulose des Corpus uteri und beider Eileiter. Krakauer gyn. Ges. 26. März. Przeglad Lekarski. Nr. 20. p. 369.

166. De Rouville, G., Epithélioma du col de l'utérus chez une jeune fille de 18 ans. Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris. 1 Année. Nr. 4. p. 388. (Karzinom der Cervix bei einer 18jährigen Virgo. Abdominale Totalexstirpation des Uterus und des oberen Teils der Scheide. Nach 10 Monaten rezidivfrei.)

167. Russell, A. W., Cancer of the uterus; some practical aspects of its diagnosis and treatment. Glasgow med. Journ. Jan. Nr. 1. (Verf. wendet sich gegen das Operieren eigentlich inoperabler Fälle. Solche Patientinnen mit bei der Operation eventuell davongetragenen Ureter-, Blasen- oder Darmfisteln sind viel übler daran, als wenn sie nur palliativ behandelt worden wären. Bei der Wahl zwischen dem abdominalen Operationsweg und dem vaginalen kommt Russell zu dem Schluss, dass wissenschaftlich dem ersteren der Vorrang einzuräumen sei, praktisch aber letzterer einer grösseren Patientenzahl ein angenehmes Leben gewährleiste, wenn auch die Lebensdaueraussichten geringer seien.)

168. Salomon, H., Zur Einwirkung des Karzinompresssaftes auf Karzinom und zur Oxyproteinsäurevermehrung bei Karzinom. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 33. p. 1259. (Erwiderung an E. Freund [Wiener klin. Wochenschr. Nr. 27. p. 1065]; mit Erwiderung dieses letzteren auf diesen Artikel.)

169. Salomon, H., und P. Saxl, Eine Schwefelreaktion im Harne Krebskranker. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 2.

170. Sampson, J. A., Results of 25 abdominal hysterectomies for cancer of the uterus. Transact. of the Amer. gyn. Soc. Amer. Journ. of Obst. Vol. 66. Nr. 418. p. 620. (Primär starben fünf Patientinnen, von denen vier sehr weit vorgeschrittene Fälle waren. In acht Fällen liegt die Operation mehr wie fünf Jahre zurück; zwei davon starben primär infolge des Eingriffes, zwei an Rezidiv, vier sind vollkommen gesund. 12 mal wurden Lymphdrüsen entfernt, von denen acht karzinomatös verändert waren. Die Prognose des Falles ist nicht aus dem makroskopischen oder mikroskopischen Befunde des Karzinoms zu stellen. Bei fünf Sektionen von an Rezidiv gestorbenen Patientinnen konnte dreimal Kompression der Ureteren durch Karzinommetastasen in den Lymphdrüsen als Todesursache festgestellt werden. In einem war ausgedehntes Rezidiv, ausgehend von zurückgebliebenen Resten des Tumors bei der Operation und einmal Metastasen in Lungen, Herz, einer Niere und Milz die Todesursache. Die Lymphdrüsen sollen bei der Operation möglichst mit entfernt werden.)

171. Samuels, Acetone in inoperable cancer of the uterus. New York med. Journ. 1911. Nr. 21.

172. Schauta, F., Bericht über das elfte Beobachtungsjahr der erweiterten vaginalen Krebsoperation. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Festnummer zum VI. internat. Gyn.-Kongr. Bd. 36. p. 202. (Verteidigung der vaginalen Methode. Der Ureter könne genau auspräpariert werden; Implantationsrezidive habe er seit 7½ Jahren nicht mehr und im ganzen nur drei gesehen. Die Operabilität der erweiterten Krebsoperation habe sich auch in den letzten Jahren wieder gehoben, schwankte bereits zwischen 60—70 %. Die Gesamtoperabilität der 11 Beobachtungsjahre beträgt nunmehr 54 %. Die reine vaginale Operabilität soll gleich oder grösser sein als die der abdominalen. Mortalität im letzten Jahre 7,5 %, gesamte der 11 Beobachtungsjahre jetzt 8,8 %. Rechnet man nur die vier letzten Jahre, so bekommt man 4,6 %. Dauerheilungsprozent für die Jahre 1901—1906 ist 37,9, wobei alle Verschollenen und alle interkurrent ohne Sektion Gestorbenen als Rezidiv gerechnet sind. Das absolute Heilungsprozent für dieselben Jahre ergibt 16,2. Ureterverletzungen kamen in den letzten 53 Fällen nicht mehr zur Beobachtung, so dass sie 3,2 % beträgt. Die vaginale Operation verzichtet naturgemäss auf die Entfernung der Drüsen. Die abdominale Operation kann indiziert sein durch Gravidität, Adnextumor, Myom, Hernien, Ovarialkystom usw.)

173. Schick, S., Die Krebsbehandlungsmethode Dr. Zellers. Wiener med. Wochenschr. Nr. 48. (Aus eigenen Beobachtungen des Verf. an Ort und Stelle ist zu schliessen, dass durch die Behandlungsweise Zellers Fälle von Karzinom, und zwar nicht nur oberflächliche Hautkarzinome in günstiger Weise beeinflusst eventuell geheilt werden können. Für operable Karzinome empfiehlt sich nach wie vor die Operation, dagegen erscheint für nicht operable ein Versuch mit Zellers Methode durchaus als angezeigt, ebenso ist letztere in gleicher Linie mit dem Röntgen-, Radium- oder Fulgurationsverfahren zu stellen, eventuell mit der chirurgischen Behandlung zu kombinieren. Ausserdem liesse sich namentlich die Siliziumbehandlung zu prophylaktischen Zwecken rechtfertigen, welche schliesslich auch bei gutartigen Geschwülsten versuchsweise angewendet werden kann.)

174. Schiller, H., Karzinomrezidiv in beiden Kniegelenken nach Corpus uteri-Karzinom. Gyn. Ges. in Breslau. Sitzg. vom 14. Mai. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 2. p. 256. (Diskussionsbemerkung.)

175. Schmittmann, P., Über maligne Degeneration der Uterusmyome mit besonderer Berücksichtigung der Kombination von Karzinom mit Myom.

176. Schottlaender, J., und F. Kermauner, Zur Kenntnis des Uteruskarzinoms. Monographische Studie über Morphologie, Entwickelung, Wachstum, nebst Beiträgen zur Klinik der Erkrankung. Berlin, S. Karger. (Nach einer interessanten klinischen Einleitung, die über 18 % Gesamtmortalität bei 256 abdominalen Operationen unter 677 Fällen berichtet und statistische Nachweise der Komplikationen, Rezidive usw. enthält, folgt das Resultat der Untersuchungen über die Anatomie und Entwickelung von 135 Uterus- und 7 Vaginalkarzinomen. Ein durch zahlenmässige Verwertung sehr zahlreicher und ausgedehnter Untersuchungen wertvolles Quellenwerk und zugleich eine eingehende kritische Darstellung der modernen Ansichten über das Karzinom in grösstem Umfange.)

177. Schottländer, J., In welcher Weise lässt sich die Frühoperation des Gebärmutter-

krebses fördern? Wiener klin. Wochenschr. Nr. 49. p. 1933. (Verf. kommt im wesentlichen zu den auch von O. Frankl [56] erhobenen Forderungen. Er hebt die Wichtigkeit der möglichst ausgedehnten histologischen Untersuchungen hervor, da er z. B. in 2 % der untersuchten exstirpierten Uteri Karzinom fand, wo dies bis dahin klinisch nicht vermutet wurde. Verf. empfiehlt bei allen Curettagen, und zwar auch bei Myomfällen, grundsätzlich die Cervixschleimhaut mitzunehmen. Weitere Bemerkungen betreffen die Durchführbarkeit der gemachten Vorschläge.)

178. Schürmann, E., Nochmals zur Gazeausstopfung des kleinen Beckens nach abdominalen Karzinomoperationen. Der Frauenarzt. Nr. 6. p. 252. Leipzig, B. Konegen.

179. Sherrill, J. G., Personal observations on cancer. Amer. Journ. of Obst. 1911. Dec. p. 1042. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 10. p. 309. (Unter 208 Karzinomfällen 37 Uteruskarzinome; 31 davon wurden operiert, mit einem Todesfall, 16 lokalen Rezidiven. Nach drei Jahren sind noch sechs am Leben. Verf. hält eine infektiöse Entstehung des Krebses für wahrscheinlich und will daher auch Karzinomkranke isoliert und die Zimmer, in denen solche starben, desinfiziert wissen.)

180. Sigwart, W., Ureterstein als Komplikation der abdominalen Karzinomoperation. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 3. Heft 4. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. Heft 3. p. 916. (Bei der abdominalen Totalexstirpation wegen Portiokarzinom fand sich ein Stein im linken Ureter etwa 2½ cm oberhalb des Eintrittes in die Blase an der Kreuzungsstelle der Uterina, wo er auf seiner Passage nach der Blase stecken geblieben war. Resektion des erkrankten Uterusstückes, Implantation in die Blase. Reaktionslose Einheilung des Ureters, dessen Funktion nach 2½ Monat in nichts von der der anderen Seite zu unterscheiden ist.)

181. — Zur Frage der Milchsekretion bei fehlenden inneren Genitalien. Gyn. Ges. zu Berlin. Sitzg. vom 22. Nov. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 52. p. 2476. (Bei einer 21jährigen IIpara wurde wegen Ca. cervicis der Uterus entfernt. Danach trat, wie bei einer Wöchnerin, Milchsekretion auf. Mikroskopisch liess sich nachweisen, dass es sich um reife Milch handele. Es spricht dies für die Richtigkeit der Theorie, dass der Fötus die Milchsekretion hemmt. Liepmann teilt einen ähnlichen Fall mit. Eine Patientin, bei der wegen Uterusruptur in der Geburt der Uterus exstirpiert wurde, konnte trotzdem zwei Monate stillen.)

182. Siredey, A., et H. Petit, Note sur deux cas de cancer utérin. Diagnostic précoce. Hystérectomie précoce. Soc. méd. des hôpitaux de Paris. Séance du 29 Mars. Bull. Nr. 12. p. 405. Ref. La Presse méd. Nr. 27. p. 273. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Nr. 10. p. 265. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 26. p. 1257. (Zwei Fälle von umschriebenen Korpuskarzinomen in myomatösen Uteri. Die einzigen Symptome waren Blutungen nach eingetretener Menopause. In einem Fall wurde die Diagnose klinisch, im anderen durch die Curettage gestellt. In zweifelhaften Fällen soll man den Uterus auskratzen.)

183. Spude, H., Kombinationsbehandlung des Krebses (elektromagnetische Reiz-Arsenbehandlung). Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. 12. H. 2. Ref. Berl. klin. Woch. Nr. 48. p. 2283. Münchn. med. Woch. Nr. 31, p. 1713. (Die schädigende Wirkung des Arsens auf die Krebszellen soll durch mechanische Einwirkung erhöht werden. Verf. benutzt zu diesem Zweck die Bewegungen kleinster Eisenteilchen, die er ins Tumorgewebe injiziert, durch starke Wechselstrommagneten. Dadurch soll eine entzündliche Reaktion des umgebenden Bindegewebes hervorgerufen werden, die die Resorption der auf chemotherapeutischem Wege verflüssigten Krebsmassen beschleunigt. Verf. hat in zwei Fällen histologisch sichergestellte Hautkrebse zum Verschwinden gebracht. Im Anschluss daran empfiehlt er, zur Vermeidung von Rezidiven in der Narbe, vor der Naht feinstes Eisenoxydul in die Operationswunde einzustreichen und durch die mechanische Reizung mittelst des Elektromagneten die noch vorhandenen Krebszellen abzutöten. Auch für inoperable Tumoren empfiehlt er seine Methode, nach Abkratzen mit dem scharfen Löffel.)

184. Ssudakow, J. W., Zwei Fälle von Operation nach Wertheim-Bumm. Journ. akusch. i shensk. bol. Sept. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu Petersburg. (H. Jentter.)

185. Stacy, L. J., Notes on carcinoma of the uterus. The Amer. Journ. of Obst. June. p. 946. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35. p. 1169. (Zusammenstellung aller Frühsymptome des Karzinoms der Cervix und des Corpus uteri. Ca. 94 % aller Uteruskarzinome kommen zu spät in die Hände der Operateure.)

186. Staudenmayer, O., Die Krebsbehandlung mit medikamentösen Mitteln. Münchn.

med. Wochenschr. Nr. 44. p. 2397. (Empfehlung der Cosmeschen Paste [20 %ige Arsen-Quecksilberpaste] zur lokalen Behandlung. Hat damit viele Heilungen bei Hautkrebsen des Gesichts beobachtet.)

187. Stein, A., Carcinosarcoma uteri mit Metaplasie des Zylinderepithelkarzinoms in Plattenepithelkarzinom. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 4. p. 417. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 50. p. 1714. (Kasuistische Mitteilung im Anschluss an einen eigenen Fall. Die histologischen Untersuchungsbefunde sind im Original durchzulesen.)

188. Stephan, E., Histologische Untersuchungen über die Wirkung der Thermopenetration auf normale Gewebe und Karzinom. Diss. Heidelberg. August.

189. Stichel, O., Über Zellverschmelzung mit qualitativer abnormer Chromosomenverteilung als Ursache der Geschwulstbildung. Vorträge und Aufsätze über Entwickelungsmechanik der Organismen, herausgegeben von Roux. (Als Ursache der Geschwulstbildung erscheint dem Verf. die Verschmelzung von Zellen bei qualitativ abnormer Chromosomenverteilung, da sich experimentell ein nach seiner Meinung der Geschwulstbildung analoger Vorgang, die Stereoblastula, hierdurch erzielen lässt. Verschmelzen gleichartige somatische Zellen auf diese Weise miteinander, dann entsteht daraus eine gutartige Geschwulst, während die bösartige einer derartigen Vereinigung einer somatischen Zelle und eines Leukozyten ihren Ursprung verdankt. Darauf deuten die besonderen Eigenschaften eines malignen Tumors, vor allem seine Kernverhältnisse, seine Bewegungsfähigkeit und Phagozytose.)

190. Stoeckel, W., Cökumkarzinom durch Entwickelung karzinomatöser Drüsen in der Ileocökalgegend nach abdominaler Radikaloperation. Geb. Ges. zu Hamburg. Sitzg. vom 11. Mai. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48. p. 1618. (Bei einer 39jährigen Frau war wegen eines ausgedehnten Cervix- und Scheidenkarzinoms die Radikaloperation ausgeführt worden, unter ausgiebiger Ausräumung nicht nur der Iliakaldrüsen, sondern auch der Leistendrüsen, sowie Entfernung von zwei Dritteln des Scheidenrohres. Vier Monate später Karzinom des Cökum. Schwierige Exstirpation; laterale Enteroanastomose. Die heftige Blutung aus den Venae obturatoriae und Venae haemorrhoidales liess sich nur durch Dauerklemmen stillen. Ureterbauchdeckenfistel, welche sich später spontan schloss.)

191. — Demonstration eines Uteruskarzinoms, das auf das Cökum übergegangen war. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 7. Juli in Hamburg. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 5. p. 607.

192. Stone, J. S., Adenocarcinoma of the uterus. Washington obst. and gyn. Soc. Meeting of Nov. 10. 1911. Ref. Amer. Journ. of Obst. Vol. 66. Nr. 419. p. 824. (Kasuistisch. 42jährige Frau, vor sechs Jahren Salpingooophorektomia duplex. Seitdem Verlust der Regel; blutete aber jetzt seit sechs Monaten; Gewichtsabnahme, Anämie. Kleiner Uterus mit atrophischer Cervix. Abdominale Totalexstirpation nach Wertheim; es waren harte Drüsen im linken Parametrium vorhanden. Der Uterus war fast vollkommen von der malignen Wucherung eingenommen.)

193. Taussig, F. J., The prognosis in radical abdominal operation for uterine cancer. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 15. Nr. 2. Amer. Journ of Obst. Vol. 66. Nr. 418. p. 617. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48. p. 1637. (Den Prozentsatz der Operabilität berechnet T. für Amerika auf 20 %. Er berichtet über 60 Fälle von Cervixkarzinom mit einer Primärmortalität von 33 %. Mehr als fünf Jahre rezidivfrei geblieben sind von den überlebenden Patientinnen nur 41 %, mehr als vier Jahre 50 %, nach Abzug der primär oder an interkurrenten Krankheiten Gestorbenen oder Verschollenen. Daraus wird der Prozentsatz der absoluten Heilungen des Cervixkarzinoms bei einer angenommenen Operabilität von 25 % für Amerika auf 10,4 bezw. 9,5 % berechnet. 54 Fälle von Korpuskarzinom wurden meist mit vaginaler Totalexstirpation operiert. Sämtliche Fälle blieben rezidivfrei.)

194. Taylor, H., The Radical Abdominal Operation for Carcinoma of the Cervix uteri, with a Report of 28 Cases. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 15. Nr. 2. August. Amer. Journ. of Obst. Vol. 66. Nr. 418. p. 615. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48. p. 1639. (70 bis 80 % Operabilität an eigenen Fällen; nach der Sterblichkeitsstatistik in New-York sind aber nur 25 % der Frauen, welche an Karzinom sterben, operiert worden. Verfs. Primärmortalität 10,7 %. Von 12 vor mehr als zwei Jahren Operierten fünf an Rezidiven gestorben. Verf. benutzt nicht die Wertheimsche Scheidenklemme.)

195. Theilhaber, A., Zur Lehre von den Ursachen und der Behandlung der Karzinome der weiblichen Genitalien. Münchn. gyn. Ges. Sitzg. vom 16. Sept. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5. p. 140. Im Original erschienen Arch. f. Gyn. Bd. 96. Heft 3. p. 561.

(Die Gründe für die so grosse Häufigkeit der weiblichen Genitalkarzinome sucht Verf. in folgendem: Eine grosse Anzahl sind traumatisch („Narbenkrebse"), ein anderer Teil ist durch chronische Entzündung bedingt (Tubenkrebse) und Krebse der Schleimhaut des Corpus uteri entstehen auf dem Boden alter Gonorrhoen, eine grosse Rolle spielt ferner das plötzliche Sinken der Ernährung der weiblichen Genitalien infolge des Klimakteriums. Alle die genannten Umstände wirken ebenso wie der Senilismus dadurch, dass sie zu atrophischen Zuständen der Gewebe, Verkümmerung der Zellen, Verschlechterung des Stoffwechsels der Gewebe und Stenose der Gefässe führen, „lokale Disposition zum Karzinom". Bisher wurde von vielen Seiten behauptet, dass beim Karzinom eine Hyperämie der umgebenden Gewebe vorhanden sei. Vortr. demonstriert Präparate, die das Gegenteil beweisen. Es ist bekannt, dass Narben eine lokale Disposition zum Karzinom schaffen. Es ist nicht einzusehen, warum Operationsnarben dies nicht zuweilen ebensogut bewerkstelligen sollten als z. B. Brandnarben. Grosse Narben schaffen ferner eine grössere Anlage zum Krebs als kleine. Natürlich haben die radikalen Operationen auf der anderen Seite den Vorteil, vor dem Zurücklassen von Krebskeimen wirksamer zu schützen als „partielle" Operationen. Doch darf man auch nicht vergessen, dass zurückgebliebene Keime, wenn sie nicht allzu zahlreich sind, manchmal resorbiert werden. Es ist anzunehmen, dass solche Resorptionsprozesse sich um so leichter vollziehen, je besser ernährt die Gewebe sind. Die isolierte Exstirpation der Cervix wegen Cervixkarzinom hat in früheren Zeiten sehr gute Resultate in bezug auf Rezidive gegeben. Wahrscheinlich lag der Grund hiervon in der kleinen Operationsnarbe und in der allmonatlich stattfindenden vor und während der Menstruation sich vollziehenden Hyperämisierung des Beckens. Diskussion: Mirabeau bestreitet die Tatsachen, dass bei Karzinom besondere Gefässwandverdickungen vorzufinden seien und dass diejenigen Operationen, welche die grössten Verwundungen und Narben setzen, am leichtesten zu Rezidiven führen sollen. Nassauer möchte wissen, ob bei zirkumzidierten Juden, Mohammedanern oder bei Studenten mit Schmissen häufiger Karzinome vorkommen. Döderlein nennt die theoretischen Ausführungen Theilhabers unbeweisbare Hypothesen, hebt besonders Einspruch gegen die Behauptung Theilhabers, dass die Amputation der Portio gleich günstige oder vielleicht sogar noch bessere Resultate erzielen könne, wie die erweiterte Operation. Theilhaber: Nur Narben, die bei ausgedehnteren Gewebsdefekten entstehen, disponieren zu Karzinom. Die Karzinome der Aussenfläche der Portio seien zwecks Portioamputation von denjenigen der Schleimhaut der Cervix zu trennen. Dann seien die Operationsresultate nicht schlechter als der Durchschnitt der bis jetzt vorliegenden Serien von abdominalen Radikaloperationen.)

196. — Die Beziehungen von chronischer Entzündung, Narbe, Trauma und den Fortpflanzungsvorgängen zu der Entstehung von Tumoren. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 6. p. 264. (Der Entwickelung eines Karzinoms geht fast immer eine Atrophie des Gewebes voraus, in dem das Karzinom entsteht. Narben, langjährige Entzündungsprozesse, Zerstörung von weichen Geweben infolge von Traumen, klimakterische und senile Veränderungen usw.)

197. — Der Zusammenhang von stumpfen Traumen mit der Entstehung von Karzinomen und Sarkomen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 110. Heft 1—3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11. p. 351. (Die Art der Einwirkung von stumpfen Traumen, Narben und chronischen Entzündungen auf die Entstehung von Tumoren verschieden. Das stumpfe Trauma zeitigt verschiedene Tumoren, besonders aber Sarkome und Karzinome. Das Sarkom entsteht sehr schnell, das Karzinom langsam. Die Disposition der einzelnen Organe zum „traumatischen Tumor" ist sehr verschieden. Zum grossen Teil hängt sie von der mehr oder minder geschützten Lage des Organs ab. Als Folgen des Geburtstraumas entstehen die Cervixkarzinome, nur selten Sarkome. Bezüglich des Alters zeigen beigegebene Kurven den Höhepunkt der Sarkomhäufigkeit zwischen 21—30 Jahren, der Karzinomhäufigkeit zwischen 51—60 Jahren. An den besonders gefährdeten Organen sind Traumen mit grösster Sorgfalt zu behandeln.)

198. — und H. Edelberg, Die Beziehungen der Fortpflanzungsvorgänge zu den Geschwülsten der weiblichen Geschlechtsorgane. Arch. f. Gyn. Bd. 96. Heft 1. p. 23. (Siehe „Karzinom und Schwangerschaft".)

199. — Zur Lehre von der Spontanheilung der Karzinome. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 26. p. 1240. (Weist auf die Möglichkeit der Spontanheilung. Bericht über drei Fälle, in denen bei Totalexstirpation des Uterus trotz unvollständiger Entfernung

des Karzinomgewebes doch Heilung [im jüngsten Falle seit vier Jahren] eintrat. Ein inoperables Uteruskarzinom heilte nach Ausschabung und Thermokauterisation innerhalb von sechs Monaten spontan durch Hyperämie des Uterus. Einspritzungen von Natr. cacodylic. und Injektionen von nach Verf. hergestellten Uterusextraktes. Zur Verhütung von Rezidiven wird die Nachbehandlung der Operationsnarbe mit heisser Luft und dergleichen warm empfohlen. Auch soll die Möglichkeit eines Kausalzusammenhanges zwischen starkem Blutverlust und Radikalheilung bei unvollständigen Karzinomoperationen nicht völlig auszuschliessen sein.)

200. — Zur Lehre von der Behandlung der Kranken nach Karzinomoperationen. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 37. p. 1375. (Alle umfangreichen Narben disponieren zum Karzinom. Auf Grund dieser Anschauung empfiehlt Verf. also folgende prophylaktische Nachbehandlungsmethode nach Karzinomoperationen: Langandauernde Luftveränderung, Aufenthalt im Hochgebirge oder Seebad, Änderung der ganzen Lebensweise, vegetarische Diät, Bewegungskuren, periodisch wiederholte Abführkuren, Injektionen von Natrium cacodylicum, halbjährlich zu wiederholende Aderlässe [400—500 ccm]. Im dritten Monate nach der Operation Bestrahlung der Narbe, kombiniert mit Hochfrequenz und Diathermie, Fibrolysin, Fönbehandlung. Oophorin, heisse Sitzbäder, heisse Scheidenspülungen, heisse Umschläge, heisse Bäder. Eventuell auch die Zellersche Kieselsäure intern.)

201. — Die Behandlung der Karzinomkranken nach der Operation. VI. Intern. Kongr. f. Geb. u. Gyn. Berlin. 9.—13. Sept. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. p. 1323.

202. *Tichow, J. J. und Grammatikati, J. N., Über erweiterte Methoden der Kollumkrebsoperation mit Transplantation der Ureteren in die unteren Abschnitte des Darmtraktes. Wratsch, Gaz. Nr. 3. (H. Jentter.)

203. Toltschkin, Zur Karzinomstatistik in St. Petersburg (1901—1910). Diss. St. Petersburg. (H. Jentter.)

205. Treub, H., Die Behandlung von Karzinomen mit Chlorzinkpasten. Nederl. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. 21. Jaarg. p. 226. (Treub hat viele inoperable Karzinome mit Chlorzinkpasten behandelt und ist sehr zufrieden damit sowohl bei Portio-, Cervix- und Korpuskarzinomen. Nach Ausschorfung der nekrotischen Masse retrahiert die Wunde sich sehr schön. Unglücksfälle hat er nicht erlebt. Einmal hat er es sogar bei einem operablen Karzinom angewendet.) (W. Holleman.)

206. Tuffier, Th. et G. de Rouville, Cancer de l'utérus; resultats éloignés des opérations et traitement du cancer inopérable. Montpellier méd. 1911. Nr. 22 et 23.

207. Tussag, F., The Prognosis in Radical Abdominal Operation for Uterine Cancer. Surg., Gyn. and Obst. August. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 22. Nr. 3. p. 179. (20 % Operabilität auf 115 Fälle von Karzinom der Cervix. Die Primärmortalität ist bei Fällen, in denen das Karzinom nur mikroskopisch nachgewiesen werden konnte, 0, wo ein Ulkus ohne Infiltration des Parametrium vorlag, 12 %, bei Infiltration des Parametriums bei beweglicher Cervix 23 %, bei Erkranktsein der Blase 66 %. Die totale Primärmortalität betrug also 30 %. Die Mortalität der Fälle nach fünfjähriger Beobachtung ist 58,4 %. Die Fälle, in denen die Blase miterkrankt ist, sollen besser als inoperabel angesehen werden.)

208. Uhlenhuth, P., Untersuchungen über Immunität und Chemotherapie bei experimentell erzeugten Ratten- und Mäusetumoren. Med. Klinik. Nr. 37. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 1. p. 46.

209. Vanverts, J., Coexistence d'une tuberculose de la trompe et d'un epithélioma de l'utérus. Réunion obst. et gyn. de Lille. Séance du 24 Juillet. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 1 Année. Nr. 8. p. 864. (Ausführlicher Krankheitsbericht. Schwierigkeiten der Diagnose.)

210. Vaughan, J. W., Über Blutveränderungen durch subkutane Applikation des Karzinomproteids. Journ. of the Amer. med. Assoc. Nov. 16. Ref. Wiener klin. Wochenschr. 1913. Nr. 5. p. 189. (Es wurde bei 200 Karzinomfällen die Vakzinetherapie durchgeführt, wobei entweder die wasserlöslichen Teile der Krebszellen oder eine aus den gesamten Krebszellen hergestellte Vakzine zur Anwendung kam [Technik der Herstellung derselben]. Es zeigte sich, dass jene Fälle, wo nach Einspritzung der Vakzine eine Abnahme des Prozentsatzes der polymorphkernigen Leukozyten, dagegen eine Zunahme der gross- und kleinkernigen mononukleären Formen erfolgte, günstig, dagegen die Fälle, wo eine Abnahme der polymorphkernigen Elemente nicht erfolgte, wenig oder gar nicht beeinflusst wurden. In 20 % der Fälle [nur inoperable oder Karzinomrezidive] wurde Verschwinden aller sichtbaren Spuren von malignem Gewebe

erzielt. Der Erfolg der Vakzinetherapie hängt vom Prozentsatz der mononukleären Leukozyten und der Menge des Karzinomgewebes ab. Die Malignität eines Tumors ist von der Resistenz des Patienten gegen den Tumor abhängig. Verf. stellte Untersuchungen über Existenz aktiver Fermente zur Spaltung maligner Zellen im Tierkörper und ihre eventuelle therapeutische Verwertung beim Menschen an 500 Tieren an. Bei allen Tieren mit Ausnahme von 10 fanden sich die gleichen Blutveränderungen. In 12 Fällen inoperabler Karzinome wurde das Serum von Tieren, bei denen das Stadium maximaler Vermehrung der mononukleären Leukozyten bestand, injiziert; trotz der günstigen Beeinflussung der Tumoren musste das Verfahren wegen des häufigen Auftretens von Nephritis aufgegeben werden. Es wurden Versuche zur Gewinnung des Fermentes aus den mononukleären Leukozyten angestellt, mit positivem Erfolg.)

211. Veit, J., Demonstration von zwei wegen Karzinom der Portio exstirpierten Genitalkanalen. Freie Vereinigung mitteldeutscher Gyn. Sitzg. vom 28. April. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. p. 955. (Die Operation wird in der Weise vorgenommen, dass zuerst vom Abdomen aus der Genitalschlauch tief nach unten zu herauspräpariert wird und die Blutung gestillt. Dann Schluss der Bauchwunde und Herauspräparieren des untersten Teiles der Scheide. Extraktion des ganzen Genitalkanales aus der Vulva. Diskussion Thorn; Wendel ist der Meinung, dass man einen weithin aus Karzinomgewebe herauspräparierten Ureter, der in seiner Vitalität geschädigt, dessen Blutversorgung unterbrochen ist, nicht im Becken belassen soll, sondern besser die Resektion und Implantation in die Blase ausführen. Er sah zwei Patienten unter der deutlichen Erscheinung der Urämie sterben, bei denen der Ureter in weiter Ausdehnung aus karzinomatösem Gewebe herausgeschält und freigelegt werden musste. Eine Unterbindung der Ureteren hatte sicher nicht stattgefunden.)

212. Violet, H., Les renseignements fournis par l'hystéromètre dans le diagnostic du cancer de l'utérus. Lyon méd. 1910. Nr. 46.

213. — Septikämische Beckenzellgewebsentzündungen nach Wertheimschen Operationen. Lyon méd. Nr. 47 u. 48. (Verf. weist darauf hin, dass häufig nach Wertheimscher Operation Beckenzellgewebsentzündungen septikämischen Charakters auftreten, die indessen für gewöhnlich einen günstigen Verlauf nehmen.)

214. Wagner, A. G., Ureterstein als Komplikation einer Karzinomoperation. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 12. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52. p. 1757. (Bei der Operation zeigte sich der linke Ureter bis auf mehr als Daumendicke dilatiert, dabei in seiner Wand hypertrophiert und im kleinen Becken S-förmig geschlungen. Im Parametrium fühlte man einen haselnussgrossen, sehr harten Tumor. Es war der Ureter, der durch Stein spindelig aufgetrieben war. Eine Längsinzision bestätigte die Vermutung eines eingeheilten Uretersteins, der entfernt wurde und die Inzisionswunde durch feine Catgutnähte in zwei Schichten geschlossen. Die Uredernaht heilte primär. Die Niere an der Seite war anscheinend schon atrophiert.)

215. Walker, C. E., The Treatment of Cancer with Selenium. The Lancet. Vol. 182. May 18. p. 1337. (Es ist Verf. gelungen, ein kolloidales, nicht giftiges Selenium herzustellen. Nur wenn es zerfällt zu SeO_2, ist es giftig. Eine Wirkung auf Mäusetumoren hatte es nicht.)

216. Warstat, G., Über seltene Kombinationen von Karzinomen an den weiblichen Sexualorganen. Diss. Königsberg. Juni.

217. Weber, F., Was ist in den letzten Jahren erreicht in der Therapie der bösartigen Neubildungen.? Russki Wratsch. Nr 47. (H. Jentter.)

218. Welecki, St., Über den Wert der Antitrypsinreaktion für die Diagnose und Prognose des Uteruskarzinoms. Przeglad Lekarski. Nr. 14. p. 253.

219. — Über den diagnostischen und prognostischen Wert der Antitrypsinreaktion bei dem Gebärmutterkrebs. Gyn. Rundschau. Jahrg. 6. Heft 4. p. 136. (Die Reaktion hat nur geringen diagnostischen Wert, da sie auch bei vielen anderen Erkrankungen positiv ausfällt und andererseits gerade im Anfang der Karzinomentwickelung garnicht oder nur in geringem Grade vorhanden ist. Die Frage, ob die Verminderung der antitryptischen Kraft nach einer Radikaloperation des Karzinoms irgend eine Bedeutung für die Prognose hat, muss heute noch unentschieden bleiben. Nach einer nicht radikalen Operation [Exkochleation und Kauterisation] bleibt sie unverändert oder wird sogar noch gesteigert.)

220. Werner, R., Über den Einfluss von Alter, Beruf, Familie und Wohnung auf die Häufigkeit des Krebses in Baden. Diss. Tübingen. (Verf. schliesst die Einflüsse der Blut-

verwandtschaft, der Lebensgewohnheiten, der Religion und der Infektion von Person zu Person aus. Er kommt per exclusionem zu der Überzeugung, dass der Faktor, der das zahlreiche Auftreten des Krebses in manchen Gegenden verursacht, ein äusserer sein muss, der dem Ort, nicht der Person adhäriert. Alle Erscheinungen weisen darauf hin, dass der Krebs sich so verhält, wie wir dies bisher nur bei auf Infektion beruhenden, in ihrer Ausbreitung von der Hygiene der Wohnorte abhängigen Erkrankungen gefunden haben, bei denen die hereditäre Disposition eine sekundäre Rolle spielt.)

221. Wertheim, E., Über Rezidivoperationen nach der Exstirpation der karzinomatösen Gebärmutter. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 1. p. 65. (Zwei abdominale Rezidivoperationen nach vaginaler Uterusexstirpation. Knollige Tumoren am oberen Vaginalteil. Ein Stück des Ureters und der Blase wird reseziert. Heilung. Die resezierten Ureterstücke erwiesen sich mikroskopisch trotz der innigen Umwachsungen von Karzinom frei. Regionäre Lymphdrüsen waren nicht vergrössert. Rezidive nach abdominaler Radikaloperation sollen seltener sein, sind aber meist diffus, unbeweglich der Beckenwand ansitzend und nicht operierbar.)

222. — The extended abdominal operation for carcinoma uteri (based on 500 operative cases). The Amer. Journ. of Obst. Vol. 66. Nr. 2. p. 169. (Übersetzung des deutschen Originals von Hermann Grad.)

223. — Bemerkungen zu der Abhandlung von C. Franz: Wie können die Dauerresultate der Uteruskarzinomoperationen gebessert werden? Arch. f. Gyn. Bd. 98. Heft 1. p. 218 (cf. Nr. 57).

224. Winiwarter, A. F. Ritter v., Eine seltene Form eines Karzinoms in einem fibromuskulären Korpuspolypen. Arch. f. Gyn. Bd. 98. p. 1. (Macht den Eindruck eines Kombinationstumors, ist es aber nicht. Die sarkomatöse Entartung des Stromas ist eine Täuschung.)

225. Wolff, J., Einige Bemerkungen zu Zellers Methode der Krebsbehandlung. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 38. p. 1789. (Warnung vor allzu grossem Optimismus gegenüber der Zellerschen Methode mit Hinweis darauf, dass die Popularisierung zweifelhafter Mittel durch die Tagespresse geeignet ist, die Kranken der einzig rationellen Therapie zu entfremden.

226. Zacharias, Portiokarzinom als Zufallsbefund. Nürnberger med. Ges. u. Poliklinik. Sitzg. vom 28. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 26. p. 1467. (Kasuistisch, 40jährige Frau, Menses noch regelmässig vorhanden.)

227. — Demonstration eines Portiokarzinoms. Nürnberger med. Ges. u. Poliklinik. 14. März. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 20. p. 965. (Symptome nur Rückenschmerzen und Regel nach einer achtwöchentlichen Pause stärker als früher.)

228. Zeller, A., Behandlung und Heilung von Krebskranken durch innerlich und äusserlich angewendete medikamentöse Mittel. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 34. p. 1841. (Mit Vorwort von Czerny, der trotz der anscheinend guten Resultate der Zellerschen Behandlung zu dem Schluss kommt, dass vorläufig die Beseitigung der Primärgeschwulst, sei es auf operativem, physikalischem oder chemischem Wege, der wichtigste Teil der Behandlung ist. Die Behandlung besteht aus der Kombination einer lokalen Anwendung von Arsenikpaste mit dem innerlichen Gebrauch von Kieselsäure. 57 Kranke sind behandelt [Krankengeschichten], davon 44 geheilt, 5 gestorben und 10 stehen noch in Behandlung. Bei 20 ist die Diagnose Karzinom mikroskopisch festgestellt. In der grossen Mehrzahl der Fälle handelt es sich um oberflächliche Hautkrebse. Uteruskarzinome sind nicht behandelt.)

Statistiken über das Vorkommen des Uteruskarzinoms, über Operabilität und Resultate der Operation, hauptsächlich nach Wertheim, sind besonders zahlreich von amerikanischer Seite veröffentlicht worden. Genannt seien die von Bovée (23), Brettauer (26), Broun (28), Cobb (35), Cullen (36), Graves (71), Kamperman (96), Peterson (151), Polak (156), Sampson (170), Sherrill (179), Taussig (193), Taylor (194) und Tussag (207). Die Resultate sind im allgemeinen schlecht (Brettauer, Polak, Sampson, Taussig, Tussag), viel weniger gut wie in Deutschland. Dies liegt wohl zum grössten Teil daran, dass die Patientinnen anscheinend in Amerika viel später zur Operation kommen, wie an dieser Seite des Ozeans (Broun, Peterson, Taussig, Tussag). Demzufolge wird das Operabilitätsprozent besonders niedrig, die Primärsterblichkeitsziffer besonders hoch.

Aus Deutschland sind von Busse (29, Jena), Haddenbrock (74, Jena), Kretzschmar (101, München), Mackenrodt (119), aus Österreich von Schauta (172) und Schottländer und Kermauner (176), aus England von Malcolm (121), Mc Cann (128),

aus Russland von Kriwsky (102), aus Japan von Kuramitzu (107) Operationsstatistiken bekannt gegeben worden. Fast alle beziehen sich auf die abdominale Operationsmethode. Dagegen heben ausser Schauta auch Markowsky (123), Russell (167) die Vorteile des vaginalen Operationsweges hervor.

Franz (57) und Krönig (104) wollen die Grenzen der Operabilität immer weiter hinausschieben und möglichst radikal operieren. Dazu empfehlen Bovée (23) und Nikolsky (140) die prophylaktische Unterbindung der Arteriae hypogastricae oder uterinae. Nikolsky und Grammatikati und Tichow (70) wollen eventuell die Ureteren in den unteren Abschnitt des Darmes transplantieren. Fromme (63) gibt als Methode an, wenn es nicht anders geht, zur Blutstillung die Klemmen in der Tiefe liegen zu lassen. Veit (211) hat in mehreren Fällen den ganzen Genitalschlauch in continuo exstirpiert. Mackenrodt (120) und Stoeckel (190) nahmen einen Teil des Rektums mit.

Gegen diese zu sehr „erweiterten" Totalexstirpationen polemisieren nun de Bovis (24), Russell (167) u. a., hauptsächlich wegen der hohen Primärmortalität und den von den Patienten davongetragenen Ureter-, Blasen- oder Darmverletzungen. Percy (150) nennt sogar die Totalexstirpation wegen ihrer hohen primären Mortalität „legalized assassination"! Er will nur kauterisieren.

Noack (141) gibt eine Zusammenstellung über die an 117 erweiterten abdominalen Uterusexstirpationen beobachteten Nebenverletzungen.

Die Ansichten der Autoren über die Ausräumung der Lymphdrüsen gehen jetzt fast alle dahin, dass dieselbe nur vorgenommen werden soll, sofern die Drüsen fühlbar sind und der Zustand der Patientin die Verlängerung der Operationsdauer gestattet [Bovée (23), Eden (47), Faure (49), Markowsky (124), Fergusson, Diskussion zu Mc Cann (128), Peterson (151), Schauta (172)]. In den meisten Fällen ist die Vergrösserung entzündlicher Natur und nicht maligne. Die Rezidive treten nicht so sehr in den Drüsen als in den Narben auf (Fergusson). Inzwischen behauptet Sampson (170), von 12 Fällen achtmal die Lymphdrüsen karzinomatös verändert gefunden und bei fünf Sektionen von an Rezidiv gestorbenen Patienten dreimal Kompression der Ureteren durch Karzinommetastasen in den Lymphdrüsen als Todesursache festgestellt zu haben. Hengge (84) hat wegen Drüsenmetastasen an der Art. und Vena iliaca der einen Seite dieselben partiell exstirpiert, während Stoeckel (190) Cökumkarzinom infolge karzinomatöser Drüsen in der Ileocökalgegend vier Monate nach abdominaler Radikaloperation sich entwickeln sah.

Zur Frage der Peritonisierung und Drainage seien hier nur die Arbeiten von Amann (3), Beuttner (18 u. 19), Faure (49), Hannes (80), Liepmann (114), Mc Cann (128, 129), Peterson (151) und Schürmann (178) erwähnt.

Beuttner und Hannes empfehlen sowohl die vaginale Drainage der Parametrien, wie die abdominale des Douglas. Peterson will von der letzteren nichts wissen und das Beckenbindegewebe nur drainieren, sofern es die Blutung erfordert. Liepmann befürwortet seine „Tütendrainage". Alle die genannten Autoren schliessen das Peritoneum nach der Beckenhöhle zu.

Betreffs der Einschränkung der Infektionsgefahr beim Eröffnen der Scheide haben Amann (3), Bovée (23), Faure (49), Hirschberg (89) u. a. besondere Verfahren empfohlen. Amann legt besonderen Wert auf die späte Eröffnung der Scheide, d. h. erst nachdem die Blutstillung, Ureterdeckung und Peritonisierung fertiggestellt sind. Bovée hat zur Trennung des Uterus von der Scheide einen angiotribeartigen Thermokauter anfertigen lassen. Faure fängt bei vorgeschrittenen Fällen vaginal an, präpariert die Scheide manschettenförmig aus, um dieselbe dann unten zuzubinden und dann die Operation von oben fortzusetzen. Hirschberg empfiehlt die Elektrokaustik.

Bauereisen (13) hat bakteriologische Kontrolluntersuchungen vor und bei der abdominalen Totalexstirpation wegen Karzinom und Adnextumoren angestellt und kommt zum Schluss, dass bei diesen Erkrankungen die endogenen Keime hinsichtlich der postoperativen Infektionen eine sehr ernste Rolle spielen. Die das Karzinom bewohnenden Mikroorganismen können dauernd infolge der für sie günstigen Wachstumsverhältnisse virulent bleiben und finden nach der Radikaloperation so enorme Wundhöhlen und widerstandsunfähiges Gewebe, dass ihrem Eindringen auch bei geschwächter Virulenz kein Widerstand geleistet wird.

Vorschläge zur Verhütung von Impfmetastasen werden von den verschiedensten Seiten gemacht. Czerwenka (39) stülpt vor der Operation über die Vaginalportion eine Gummikappe. Flaischlen (52) glaubt einen einwandsfreien Fall von Implantationsrezidiv in der Narbe einer Scheiden-Damminzision beobachtet zu haben und seine Diskussionsredner leugnen das Vorkommen nicht und geben Massnahmen zur Verhütung derselben.

Das Vorkommen von Rezidiven wird in den meisten der zu Anfang genannten Karzinomstatistiken erwähnt. Nach Franz (57 und 58) sollen Rezidivoperationen mehr als bisher ausgeführt werden. Er empfiehlt, jedes operable Rezidiv zur Not mit partieller Blasen- und Ureterresektion anzugehen und berichtet über 25 derartige Fälle, von denen zwei jetzt nach vier und fünf Jahren noch leben. Die Technik ist aber ausserordentlich schwierig. Auch Wertheim (221) veröffentlicht zwei abdominale Rezidivoperationen nach vaginaler Uterusexstirpation. Ein Stück der Blase und des Ureters wurde mitreseziert. Die resezierten Ureterstücke erwiesen sich mikroskopisch trotz der innigen Umwachsungen von Karzinom frei. Rezidive nach abdominalen Radikaloperationen sollen seltener sein wie nach vaginalen, sind aber meist diffus, unbeweglich der Beckenwand ansitzend und nicht operierbar. Flaischlen (51) berichtet über drei Dauerheilungen nach Rezidivoperationen, Rieck (160) über eine. Rogow (162) hat ein postoperatives Karzinomrezidiv in der Scheidennarbe unter lokaler Behandlung mit Acid. arsenic. und innerlich Jodtinktur verschwinden sehen. Zur Verhütung von Narbenrezidiven empfiehlt Theilhaber (200) auf Grund seiner Anschauungen über die Entstehung des Karzinoms (195) prophylaktische Lokal- und Allgemeinbehandlung der operierten Kranken, welche auf eine möglichst radikale Umänderung des Stoffwechsels und Herstellung guter Ernährungsverhältnisse in dem „disponierten" Gewebe hinausgehen.

Metastasen sind von Amann (4) peri- und paraurethral (in sechs Fällen), von Ballerini (8) in der Scheide, in den Achselhöhlen und am Oberarm, von Heinemann (82) im Zentralnervensystem, von Schiller (174) in beiden Kniegelenken beobachtet worden.

Zur Förderung der Frühdiagnose und besonders der Frühoperation wurden von den verschiedensten Seiten Vorschläge gemacht [Frankl (56), Kalmanowski (95), Manton (122), Schottländer (177), Stacy (185)].

Zu der Frage der Entstehung des Krebses nimmt Theilhaber (195—201) einen besonderen Standpunkt ein.

Der gesetzmässige Sitz des Krebses, den Abramowski (1) zum besonderen Gegenstand seines Studiums gemacht hat, hat auch L. Freund (61) zu einer Erforschung der „Chemie der prädisponierten Stellen bei Karzinom" getrieben. Lubarsch (118) hat versucht, über die Bedeutung des Traumas für Entstehung und Wachstum krankhafter Gewächse neue Anhaltspunkte zu finden, während Werner (220) den Einfluss von Alter, Beruf, Familie und Wohnung auf die Häufigkeit des Krebses in Baden studiert. Er kommt per exclusionem zu der Überzeugung, dass der Faktor, der das zahlreiche Auftreten des Krebses in manchen Gegenden verursacht, ein äusserer sein muss, der dem Ort, nicht der Person adhärent ist. Alle Erscheinungen weisen darauf hin, dass der Krebs sich so verhält, wie wir dies bisher nur bei auf Infektion beruhender, nicht kontagiöser, in ihrer Ausbreitung von der Hygiene der Wohnorte abhängigen Erkrankungen gefunden haben, bei denen die hereditäre Disposition eine sekundäre Rolle spielt.

Eden (47) hat sich besonders mit Statistiken über das mittlere Lebensalter, die Zahl der vorangegangenen Geburten, das Vorkommen von Gebärmuttermyomen usw. bei Karzinomkranken befasst und diese Zahlen für Korpuskarzinome und Cervixkarzinome miteinander verglichen. Er schliesst daran eine Besprechung der Diagnose und der Prognose der beiden Arten von Karzinomen an.

Clarke (33), Leopold (109) und Sherrill (179) halten den infektiösen Ursprung des Krebses für sehr wahrscheinlich und glauben die Erreger nachgewiesen zu haben.

H. Ross, Cropper und E. Ross (164) haben gefunden, dass chemische Substanzen imstande sind, menschliche weisse Blutkörperchen unter dem Mikroskop zur Zellteilung und -Vermehrung zu bringen. Der pathologisch erhöhte Zellvermehrungsvorgang im Karzinom wäre ebenfalls auf die Wirkung chemischer Substanzen zurückzuführen. Stichel (189) hält Zellverschmelzung mit qualitativer abnormer Chromosomenverteilung für die Ursache der Geschwulstbildung.

Was die Diagnose des Krebses betrifft, kommt Hirschfeld (90) bei einer kritischen Sichtung der Literatur zu dem Schluss, dass dort, wo klare und eindeutige klinische Symptome fehlen und die üblichen bewährten Methoden versagen, auch die neuen Methoden nicht zum Ziele führen. Kraus (100) unterzieht die verschiedenen Karzinomreaktionen einer eingehenden Kritik und ist bemüht, ihren diagnostischen Wert zu beurteilen. Es scheint, als ob das Ziel, eine brauchbare Karzinomreaktion zu erhalten, nicht mehr weit entfernt ist. Die Meiostagminreaktion [siehe auch Izar (92)] und die Komplementbindung nach v. Dungern (45 und 46) scheinen spezifische Reaktionen zu sein. Edzard (48) und Rosenberg (163) sind aber der entgegengesetzten Meinung.

Hamburger (78) hat die Fermente des Karzinomgewebes, die zu der Gruppe der „Ereptasen" gehören, einem genaueren Studium unterzogen. In ihrer Fähigkeit, Pepton zu spalten und Tryptophan zu bilden, lassen sie sich nicht von denen in normalen Gewebszellen, Blutserum, Aszitesflüssigkeit, Leukozyten usw. unterscheiden; wahrscheinlich sind alle diese Ereptasen identisch. Nur quantitativ ist ein Unterschied.

Pinkuss (155) teilt weitere Erfahrungen über Antitrypsinbestimmungen bei Karzinomen mit. Geringer antitryptischer Wert lässt Karzinom mit grosser Wahrscheinlichkeit ausschliessen; erhöhter Antitrypsintiter lässt keine bestimmte Diagnose auf Karzinom zu, wenn nicht auch die Anamnese dafür spricht. Zu ähnlichem Schluss kommen auch v. Graff und Zubrzycki (69) und Welecki (219). Besonders wichtig ist, dass bei Vorhandensein eines Rezidivs nach Karzinomoperation der zuerst gefallene Antitrypsintiter wieder ansteigt. Jedoch findet man unter Umständen bei jeder kachektischen Kranken eine „Karzinomreaktion". Gorham und Lisser (67) haben die Hämolyse in vivo und in vitro als Krebsdiagnostikum studiert.

Über die Behandlung des inoperablen Karzinoms sind wieder mehrere Arbeiten erschienen.

Bainbridge (7), Günther (73) und Nikolsky (140) haben die Art. ovaricae, hypogastricae und sacralis media unterbunden. Ersterer und letzterer geben eine genaue Beschreibung der Technik der Operation. Wegen ausgedehnter Anastomosen mit benachbarten Gefässgebieten soll keine Gefahr für Nekrose der Blase, des Rektums und im Gebiete des kleinen Beckens bestehen. Jedoch soll Bumm über vier derartige Fälle von Nekrose der Blasenschleimhaut berichtet haben.

W. A. Freund (62) hat versucht, durch Injektion von chemischen Mitteln direkt in die uterinen Gefässe das Karzinom zu töten. Wie er schon selber hervorhebt, ist aber der therapeutische Wert dieser Versuche sehr problematisch, da sich die Demarkation und Eliminierung der abgetöteten Partien nicht ohne erhebliche Störung des Allgemeinzustandes vollziehen kann. Bétrix (17) und Gordon (66) haben kauterisiert und geätzt. Die Tumorzellen sollen gegen thermische Einflüsse eine viel geringere Widerstandsfähigkeit besitzen wie normale Gewebszellen. Die Wirkung der Thermopenetration auf normale Gewebe und auf Karzinom hat Stephan (188) histologisch untersucht.

Die therapeutische Wirkung der Metalle auf Krebs war Gegenstand eingehender Untersuchungen Gaylords (64) und Loeb, Clurg und Sweeks (117). Letztere haben speziell das kolloidale Kupfer angewandt und wie sie behaupten, mit befriedigendem Erfolg. Kausch (97) hat in fünf Fällen Kollargol intravenös injiziert; aus starken Störungen des Allgemeinbefindens schliesst er auf eine zunächst noch unbekannte Einwirkung des Mittels auf das Karzinom. Daels (40 und 41) und Oefele (143 bis 145) empfehlen Selen und Tellur in intravenösen Einspritzungen, jedoch konnte Walker (215) damit bei Mäusen keine Erfolge erzielen.

Ribbert (159) veröffentlicht seine Ansichten über die Chemotherapie des Krebses. Dieselbe stösst nach ihm auf grosse Schwierigkeiten. Wirken die mit dem Blute zugeführten Substanzen zu intensiv, so töten sie auch die normalen Zellen am Rande des Tumors und im übrigen Körper; bei zu schwacher Wirkung haben sie keinen Erfolg. Trotzdem sollte es gelingen können, die jungen Krebszellen, die doch immerhin biologisch etwas anders beschaffen sind, wie die normalen Körperzellen, durch geeignete Stoffe (z. B. Arsen) zwar nicht zu töten, aber so in degenerativer Richtung zu beeinflussen und ihre Widerstandskraft zu vermindern, dass sie z. B. der Bestrahlung zugänglich werden.

Ungefähr von diesem selben Standpunkt geht Spude (183) aus, wenn er seine „elektromagnetische Reiz-Arsenbestrahlung" empfiehlt. Verf. hat in zwei Fällen damit histologisch sichergestellte Hautkrebse zum Verschwinden gebracht.

Die Zellersche Arsen-Kieselsäure-Behandlung (228) hat von vielen Seiten Beachtung gefunden und ist nicht immer in abschlägigem Sinne beurteilt worden, besonders nicht sofern es Hautkrebse betrifft [Lewin (113), Massey (127), Morian (134), Rogow (162), Schick (173), Staudenmayer (186), Theilhaber (200), Wolff (225)]. Dagegen werden von der Antimeristembehandlung jetzt nur Misserfolge veröffentlicht [Haertel (76), Johannsen (94)].

Morosowa (135) gibt klinische und pathologisch-anatomische Beobachtungen über Jodkalitherapie bei 14 Fällen von Uteruskarzinom und behauptet regressive Vorgänge und Zerfallsprozesse, bis zu völlige Nekrose und Sequestrierung der krebsigen Gewebe mit konsekutiver Ausstossung gesehen zu haben. Jedoch stellen sich bei manchen Kranken neben den vermehrten Ausscheidungen auch sehr starke Blutungen ein, die kaum zu stillen

sind. Robson (161) hat bedeutende Besserung der Beschwerden durch den Gebrauch von Taraxacum per os beobachtet. Samuels (171) beschreibt nochmals Erfolge der Azetonbehandlung.

Über die Ferment- und Chemotherapie der bösartigen Geschwülste haben sowohl Czerny (38) wie Lewin (112) eine zusammenfassende und kritische Übersicht geschrieben.

Oestreich (146) wurde durch die Beobachtung des refraktären Verhaltens des Knorpels gegen eindringende Geschwulstwucherung dazu veranlasst, den im Knorpel vorhandenen charakteristischen Bestandteil, die Chondroitinschwefelsäure zur Behandlung maligner Tumoren zu benutzen. Die Injektionen des chondroitinschwefelsauren Natrons (Antituman) hatten häufig Fieber und Schmerzen in den Tumoren zur Folge; die Sektion ergab in vielen Tumoren eine Degeneration der Geschwulstzellen, Nekrose und Leukozyteninfiltration.

Auch die Serumbehandlung des Karzinoms wurde wieder von vielen Seiten weiteren Forschungen unterzogen. Erwähnt seien die Arbeiten von Beard (14), Berkeley und Beele (16), Ford (55), welche besonders gute Resultate an zahlreichen Patientinnen damit erreicht zu haben glauben, Pinkuss (155), Vaughan (210) und Uhlenhuth (208). Letzterer machte damit Versuche bei Mäusen, an Rattentumoren.

Krokiewicz (103) hat mit einer Autohämotherapie den Allgemeinzustand in der Rekonvaleszenz nach Radikaloperation und auch bei kachektischen Krebskranken sich erheblich bessern sehen.

Anurie bei inoperablem Karzinom wurde von Hirtz und Beaufumé (91) und Leischner (108) beschrieben und besonders in therapeutischer Hinsicht einer näheren Besprechung unterzogen.

Koch (99) bearbeitete die Psychosen bei Karzinomkachexie.

Arbeiten über histologisch interessante Fälle von Uteruskarzinom erschienen von Aschheim (5) über Korpuskrebs mit Knorpelzellen, Broun (27) und Stein (187) über Metaplasie des Zylinderepithelkarzinoms in Plattenepithelkarzinom. Fälle von Pyometra bei Karzinom wurden von Mintrop (132) und Müglich (136) beschrieben.

Das Zusammentreffen von Fibrom und Karzinom beobachteten und beschrieben Brant (25), Caturani (31), Eden (47), Flatau (53), Fleischmann („Myom", Nr. 55), Freund (59), Klein („Strahlentherapie der Myome", Nr. 43—45), Halliday Croom („Myom", Nr. 32), Hertel („Myom", Nr. 74), Kubinyi (105), Kuntzsch („Strahlentherapie der Myome", Nr. 53), Mackenrodt („Strahlentherapie der Myome", Nr. 59), Martin („Myom", Nr. 105, 106), Mintrop (132), Mirabeau (133), Ogórek (147), Schmittmann (175), Schottlaender („Myom", Nr. 156), Siredey und Petit (182), Warstat (216) und Winiwarter (224).

Sigwart (180) und Wagner (214) haben Uretersteine als Komplikation der abdominalen Karzinomoperation beschrieben. Ersterer resezierte ein Stück des Ureters und implantierte ihn dann in die Blase; Wagner konnte durch eine Inzision den Stein entfernen und die Wunde wieder vernähen. Beide Fälle heilten primär. Die Steine sassen an der Kreuzungsstelle der Art. uterina.

Blum (21) hat seine kystoskopischen Befunde bei Carcinoma uteri beschrieben und kommt zum Schluss, dass, abgesehen von vollkommenem Einbruch des Karzinoms in die Blasenhöhle, das kystoskopische Bild keine sicheren Anhaltspunkte für die Annäherung der Tumormassen an die Blase gewinnen lässt. Auch der Ureter kann kystoskopisch vollkommen normal aussehen, für den Katheter leicht passierbar und dennoch von Karzinommassen umwachsen sein. Auch Wertheim (221) fand ein von Karzinom innig umwachsenes Ureterstück mikroskopisch von Karzinom frei.

Strahlentherapie der Karzinome.

Siehe auch „Strahlentherapie der Myome" und für die Technik: Kapitel II: „Elektrizität usw."

a) Röntgentherapie.

1. Bumm, E., Zur Kenntnis der Wirkung der Röntgenstrahlen auf das Uteruskarzinom. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47. p. 1569. (An einem für inoperabel gehaltenen Fall von Kollumkarzinom wurde nach Verabreichung von 800 Holzknecht-Einheiten = 1600 X Kienböck folgendes festgestellt: Es lassen sich bei der vaginalen Bestrahlung grosse

Dosen verabreichen, ohne dass es zu Verbrennungserscheinungen an der Schleimhaut kommt. Unter dem Einfluss der intensiven Bestrahlung trat eine Verhärtung in den Geweben des Scheidengewölbes, des Kollum und Beckenbindegewebes ein, welche die Weiterwucherung des Karzinoms hemmte und nach Ausstossung der zerfallenen Krebsmassen zu einer Reinigung der Krebshöhle und damit zum Aufhören der Jauchung und Blutung führte. Durch die Gewebsnekrose wurde die diffuse Infiltration im Parametrium von der Umgebung scharf abgesetzt, das vorher inoperable Karzinom operabel. Mikroskopisch war aber eine spezifische Einwirkung der Röntgenstrahlen auf das Karzinomgewebe nicht nachzuweisen. Es fand sich als Auskleidung des zervikalen Wundtrichters überall noch eine, wenn auch dünne, so doch nicht sichtlich veränderte Schicht von wucherndem Karzinomgewebe, das zunächst von einer dünnen Lage stark zellig infiltrierten Gewebes und dann von einer mächtigen Schicht sklerosierten Bindegewebes umgeben war, das die Muskellamellen fast völlig verdrängte. Auch im Parametrium fanden sich in und sogar ausserhalb der Schwiele noch Karzinomnester; die sklerotischen Drüsen waren frei.)

2. Dornis, R., Zur Frage der Behandlung bösartiger Geschwülste bei Haustieren mit Röntgenstrahlen. Verein z. Pflege d. vergl. Pathologie in Berlin, Sitz. v. 28. XI. Ref. Berl. klin. Wochenschr. 1913. 20. Nov. S. 939. (Eine Anzahl von Tumoren bei Pferden und Hunden wurde durch die Strahlenbehandlung sehr gut beeinflusst und vollständig und dauernd zum Schwinden gebracht. In anderen Fälle dagegen, und das war die grössere Zahl, konnte trotz Anwendung der gleichen Technik eine Verkleinerung der Geschwülste durch Strahlenbehandlung nicht erzielt werden. In einzelnen Fällen hatte es sogar den Anschein, als ob die Röntgenstrahlen direkt als Reiz auf das Tumorgewebe wirkten und zu noch schnellerem Wachstum anregten. Pathologisch-anatomisch waren es die schnell wachsenden zellreichen und nicht organisierten Tumoren, welche wenig oder keine Stützsubstanz sowie keine Blutgefässe enthielten, die der Röntgenbehandlung zugänglich waren, während die bindegewebs- und gefässreichen, vor allem aber die Mischgeschwülste, in der Regel ganz erfolglos bestrahlt wurden.)

3. Kelen, B., Die Röntgentherapie in der Gynäkologie. Orvosi Hetilap. 1911. p. 235. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35. p. 1129. (Genaue Mitteilung der Technik. Er behandelte 32 Fälle von inoperablen bösartigen Tumoren; nach 3—4 Sitzungen war der Allgemeinzustand besser, die Schmerzen wichen, der Prozess schreitet nur sehr langsam fort. Nach Radikaloperation wendet er prophylaktisch, zur Vermeidung von Rezidiven, Bestrahlungen an.)

4. Mayer, L., und R. Sand, Ein Fall von Sarkom als Folge der radiotherapeutischen Behandlung eines Karzinoms des Gesichts. Soc. belge de chir. Séance du 30 Mars. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1913. Nr. 2. p. 98. (Bei einem 69jährigen Mann hatte sich in 15 Monaten ein haselnussgrosses Kankroid entwickelt. Kein Erfolg nach 5 X-Strahlenanwendungen und drei Radiumsitzungen. Der Tumor wurde Mai 1911 exstirpiert; glatte Heilung ohne Rezidiv. Die mikroskopische Untersuchung zeigte in demselben Präparat das Vorhandensein von Sarkom- und von Kankroidwucherungen nebeneinander. Sarkomerkrankungen wurden von mehreren Forschern auch nach radiotherapeutischer Behandlung von Lupus beschrieben.)

5. Meidner, S., Stand und Aussichten der Röntgentherapie bösartiger Geschwülste. Therapie d. Gegenw. Jan. (Als Methode der Wahl kann die Röntgenbestrahlung bestenfalls für Epitheliome und Sarkome der Haut in Betracht kommen; und selbst bei diesen gebührt ihr, um des kosmetisch eventuell besseren Erfolges willen, doch nicht unbestritten der Vorrang vor der chirurgischen Therapie. Schleimhautkrebse, sogar die gut zugänglichen, sind der rapiden Propagation wegen, die bisweilen nach Bestrahlung beobachtet wird, ungeeignete Objekte. Erst wo die Chirurgie nicht mehr zuständig ist, tritt die Röntgentherapie in ihr Recht. Aussichtsreicher sind die präoperative Bestrahlung, die durch Schrumpfungsprozesse inoperable Tumoren operabel macht, und postoperative Bestrahlung. Empfehlung der weichen Strahlen und behufs deren Anwendung operative Freilegung und Vorlagerung des Tumors, solange perkutane Anwendung noch nicht gelungen ist.)

6. Müller, Ch., Therapeutische Erfahrungen an 100 mit Kombination von Röntgenstrahlen und Hochfrequenz, resp. Diathermie behandelten bösartigen Neubildungen. Münchn. med. Woch. Nr. 28. p. 1546. (Es sind vorwiegend nicht-gynäkologische Fälle behandelt worden. Verf. kommt auf Grund seiner bisherigen Erfahrungen zu dem Endresultat, dass die Schwierigkeiten, allen für die Bestrahlung maligner

Tumoren gegebenen Forderungen gerecht zu werden, im Vergleich zur einfachen Röntgenbestrahlung bei der kombinierten Behandlungsmethode sich vervielfachen, und dass, auch wenn man all diese Forderungen erfüllt zu haben glaubt, doch noch manche nicht gekannte Momente in Frage kommen, von denen jede einzelne für sich den Effekt beeinträchtigen kann. Trotz alledem wurden durch die kombinierte Behandlungsmethode Tumoren beeinflusst und zum Schwinden gebracht, welche anderen Behandlungsmethoden, insbesondere der einfachen Röntgenbestrahlung gegenüber, sich hartnäckig verhielten.)

7. Shaw, E. H., Die Wirkung des Radiums und der Röntgenstrahlen bei malignen Neubildungen. Brit. med. Assoc. Liverpool. Sitzg. vom 24. Juli. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 46. p. 2536. The Lancet, August 3, p. 304. (In bestrahlten Tumoren ist eine Rundzelleninfiltration, Bildung von Bindegewebe und ein Absterben der Krebszellen nachweisbar. Diese Veränderungen treten aber auch in nicht bestrahlten Karzinomen häufig auf und können daher nicht als spezifisch für die Strahlentherapie angesehen werden. Es handelt sich dabei um spontane Reaktionsvorgänge des Organismus gegen die Tumorzellen. Die Bestrahlungen führen zum plötzlichen Tode einer grösseren Anzahl von Zellen, wodurch die Reaktionsvorgänge im Organismus zur erhöhten Tätigkeit angeregt werden.)

8. Skinner, C. E., Practical application of the Roentgen Ray to the management of malignant growths. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 59. Nr. 11. Sept. 14. p. 844. (Es soll in Amerika ein dringendes Bedürfnis an sachverständigen Röntgenologen vorliegen. Bericht über einen mit Röntgenstrahlen geheilten Fall von rasch wachsendem Fibrosarkomrezidiv in der Bauchhaut, 2½ Jahre nach der abdominalen Radikaloperation. Die Behandlung der Wahl der Hautkarzinome sei ausschliesslich die Röntgenbehandlung; tiefliegende Karzinome, die der Schleimhäute, sollen vorläufig noch mit dem Messer angegriffen werden. Anzuraten sei eine präoperative Bestrahlung zur Vorbereitung und unbedingt notwendig eine sofortige postoperative zur Vermeidung von Rezidiven. Die Zellen der letzteren sollen den Röntgenstrahlen resistenter sein, wie das Gewebe des Primärtumors. Diskussion: Pfahler hatte gute Erfolge mit der Röntgenbestrahlung eines Falles von Osteosarkom der Fibula. Snow will mehr bestrahlen und weniger operieren. Skinner spricht sich gegen die Röntgentherapie aus. Gray und Darling wollen nicht wegen der Bestrahlung den operativen Eingriff auf längere Zeit hinausschieben. Skinner meint, dass präoperative Bestrahlung durch fibröse Veränderung des Tumors die Operation schwieriger gestalte.)

9. Werner, R., Über die chemische Imitation der Strahlenwirkung und Chemotherapie des Krebses. Med. Klinik. Nr. 28. (Schon nach Schwarz, Orlow und Meseritzky bilden bei der Bestrahlung die Lipoide den primären Angriffspunkt der Strahlen und ihre Zersetzungsprodukte sind durch ihre Giftwirkung die Hauptträger der biologischen Strahlenwirkung Nach Untersuchungen des Verf. sind die Zersetzungsprodukte des Lezithins imstande, an der Haut nach subepidermalen Injektionen Entzündungen hervorzurufen, welche der Radiodermatitis ähneln; auch das mikroskopische Bild ähnelt jenem nach intensiven Bestrahlungen. Es gelang dem Verf. auch, mit einem einzigen Bestandteil, dem basischen Cholin, in 2—5 %iger wässeriger Lösung, dieselben Veränderungen hervorzurufen. An Tieren wurden die Versuche mit Bor-, Ameisensäure, Glykokoll, Jodbenzoe-, Atoxyl-, sowie Nukleinsäure und Verbindungen des Cholin fortgesetzt. Die Veränderungen des Blutbildes zeigten wieder eine vollkommene quantitative und qualitative Übereinstimmung mit jenen, die nach Röntgenbestrahlungen und der Injektion radioaktiver Substanzen aufzutreten pflegen. Von 12 Mäusen mit Adenocarcinoma mammae konnten neun geheilt werden. Beim Menschen wurde das borsaure, das benzoesaure und das atoxylsaure Cholin angewandt, sowohl intravenös als subkutan und intra- oder paratumoral. Nach vier- bis sechswöchiger Behandlung konnte man Rückbildungserscheinungen an den Tumorknoten beobachten, weniger durch Zerfall und Nekrose, als durch Schrumpfung und Induration. Zur Erweichung und Ulzeration von Tumoren kam es nur einigemal bei direkter intra- oder paratumoraler Injektion. Irgendwelche Störungen des Gesamtbefindens wurden bisher nicht beobachtet.)

Therapeutisch gute Erfolge in inoperablen Fällen sind bisher nur von Kelen (3) veröffentlicht worden. Er sowohl, wie auch Bumm (1), Meidner (5) und Skinner (8) bestrahlen ausserdem präoperativ zweifelhaft operable Fälle. Es treten demzufolge Schrumpfungsprozesse ein, durch die vorher inoperabel scheinende Fälle nun operabel werden. Die Operation wird aber durch fibröse Veränderungen des Tumors technisch schwieriger [Skinner

(8)], Faure (siehe unter „Karzinom", Nr. 49). Bumm hat die makroskopischen und mikroskopischen Befunde in einem solchen Falle ausführlich beschrieben. Eine spezifische Einwirkung der Röntgenstrahlen auf das Karzinomgewebe war nicht festzustellen. Auch Shaw (7) hat die Wirkung der X-Strahlen auf maligne Neubildungen mikroskopisch studiert. Die von ihm gefundenen Veränderungen sollen auch in nicht bestrahlten Karzinomen auftreten nnd also nicht als spezifisch für die Strahlentherapie angesehen werden können.

Dornis (2) bestrahlte eine Anzahl von Tumoren bei Pferden und Hunden und fand, dass es die schnell wachsenden, zellreichen, wenig oder keine Stützsubstanz sowie keine Blutgefässe enthaltenden Tumoren sind, die der Röntgenbehandlung am besten zugänglich waren. Die bindegewebs- und gefässreichen, vor allem die Mischgeschwülste, wurden in der Regel ganz erfolglos bestrahlt.

Werner (9) hat die Strahlenwirkung chemisch zu imitieren versucht.

Bumm (1) bestrahlte in seinem Falle vaginal und glaubt dadurch grössere Dosen verabreichen zu können. ohne Verbrennungserscheinungen der Schleimhaut befürchten zu müssen.

Auch prophylaktische Bestrahlung zur Vermeidung von Rezidiven nach Totalexstirpationen wird von verschiedenen Seiten empfohlen [Kelen (3), Skinner (8)]. Die Zellen des Rezidivgewebes sollen den Röntgenstrahlen widerstandsfähiger sein, wie die des Gewebes des Primärtumors.

Mayer und Sand (4) behaupten, das Auftreten von Sarkom infolge radiotherapeutischer Behandlung gesehen zu haben.

Meidner (5) und Skinner (8) halten tiefliegende Karzinome, wie die der Schleimhäute, vorläufig noch für ungeeignete Objekte der Bestrahlung. Als Methode der Wahl kann die Röntgenbehandlung bestenfalls für Epitheliome und Sarkome der Haut in Betracht kommen.

Müllers (6) Erfolge mit der Kombination von Röntgenstrahlen und Hochfrequenz, resp. Diathermie, waren sehr wechselnd. Trotzdem wurden Tumoren, die anderen Behandlungsmethoden, insbesondere der einfachen Röntgenbestrahlung gegenüber, sich hartnäckig verhielten, günstig beeinflusst und zum Schwinden gebracht.

b) Radium, Thorium, Mesothorium.

1. Brouha, Le traitement des cancers inopérables du col de l'utérus et du vagin par l'utilisation massive du rayonnement ultra-pénétrant du radium. Le Scalpel et Liége méd. 1910. Nr. 19. 6 Nov.
2. Chéron, H., et H. Rubens-Duval, Heilung eines inoperablen Cervixkarzinoms durch die Bestrahlung mit ultrapenetranten Radiumstrahlen. Soc. méd. des hôpitaux de Paris. Séance du 11 Oct. Ref. Berl. klin. Wochenschr. 1913. Nr. 2. p. 94. Presse méd. Nr. 84. p. 849. (Die Basis des Lig. latum rechts war erkrankt und ausserdem war das Neoplasma mit der Blase verwachsen. Nach zwei Radiumbestrahlungen war klinisch nichts mehr nachzuweisen. Patientin starb nach 15 Monaten an Gehirnerweichung, mikroskopisch als solche festgestellt, nicht etwa Karzinommetastase. Überhaupt war nirgends im Körper eine karzinomatöse Veränderung nachweisbar.)
3. Czerny, V., und A. Caan, Über die Behandlung bösartiger Geschwülste mit Mesothorium und Thorium H. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 14. p. 737. (Ausführliche Beschreibung der Technik der Bestrahlung und Erwähnung zahlreicher, mit gutem Erfolg behandelten Krankheitsfällen. Es handelte sich aber ausschliesslich um an der Oberfläche gelegene Tumoren, nicht um gynäkologische Erkrankungen. Das Mesothorium ist dem Radium mindestens ebenbürtig; die Kasuistik ergibt in ca. 40 bis 50 Prozent der Fälle eine günstige Beeinflussung der Tumoren. — Literatur.)
4. Fellner, L., und E. Neumann, Einfluss der Radiumemanation auf die Genitalorgane der Kaninchen. Zeitschr. f. Röntgenkunde u. Radiumforschung, Nr. 10. (Verff. untersuchten, ob durch Trinkenlassen von Radiumemanation enthaltendem Wasser eine Veränderung der inneren Geschlechtsorgane, ähnlich wie durch Röntgenbestrahlung eintritt. Bei jüngeren Tieren erscheinen die Eierstöcke eher im Sinne einer frühzeitigen Entwickelung und Vergrösserung beeinflusst, während der gleiche Versuch bei solchen in der zweiten Hälfte der Tragezeit die Föten absterben liess und schwere Veränderungen im Uterus erzeugte. Die Versuche sind noch nicht abgeschlossen.)
5. Fiuzi, N. S., Die Geschwulstformen, die durch Radium günstig beeinflusst werden. Brit. med. Assoc. Sekt. f. Elektrotherapie. Liverpool. Sitzg. vom 24. Juli. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 46. p. 2536. The Lancet, August 3. p. 304. (Radium

soll nach jeder Operation als Prophylaktikum gegen Rezidive verwendet werden. Bei inoperablen Fällen von rasch wachsenden Sarkomen und Karzinomen, sowie langsam wachsenden Epitheliomen kann eine Linderung der Beschwerden oder sogar Heilung erzielt werden. Rasch wachsende Epitheliome sind von der Behandlung auszuschliessen. Am geeignetsten sind Rundzellensarkome, rasch wachsende Drüsenkrebse und Endotheliome und langsam wachsende Epitheliome.)

6. Freund, L., Die Wirkung des Radiums auf die durch Adrenalin anämisch gemachte Haut. Ges. d. Ärzte in Wien. Sitzg. v. 13. XII. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 52. S. 3390. (Vortr. hat zum Vergleich bei zwei Personen eine Adrenalinlösung, resp. destilliertes Wasser unter die Haut injiziert. Die Wirkung des Radiums war bei dem unbehandelten Patienten stärker als bei den beiden injizierten. Die Radiumwirkung ist nicht homogen, es scheint, dass es bei den Radiumstrahlen auch eine Vorreaktion gibt wie bei den Röntgenstrahlen. Bei der Injektion von Adrenalin scheint es sich nicht bloss um eine Herabsetzung der Sensibilität der Haut zu handeln, sondern es dürfte auch das Quantum der injizierten Flüssigkeit eine Rolle spielen. — Disk. Schwarz; Safranek weist darauf hin, dass die Alphastrahlen eine andere Wirkung als die Röntgenstrahlen haben. Das Radium äussert eine stärkere Wirkung bei Patienten, denen Jodkalium verabreicht wurde; Haudeck, Jungmann glaubt nicht, dass einer der von Freund angewandten Radiumträger (Radiumlochpräparat) vorwiegend Alphastrahlen aussendet, da diese vom Loch absorbiert werden; Freund bezweifelt, dass Jod nach Einverleibung per os bei der kurzen Dauer der Radiumbehandlung erst bei der geringen Menge des Jods sensibilisierend wirken können.)
7. Hahn, Über Mesothorium- und Radiotherapie. Radium in Biol. und Heilk. Bd. I, H. 7.
8. Howlett, E. H., The Standardisation of Radium Dosage. Brit. med. Assoc. Meeting of 24 VII. Ref. The Lancet, August 3, p. 305.
9. Jeanne et Née, Cancer de l'utérus et radium; les limites de l'opération radicale et de la radiumthérapie. Normandie méd. 1911. Nr. 12.
10. Keetmann, B., und M. Mayer, Zur Messung und Dosierung von Thorium-X-Präparaten. Berl. med. Wochenschr. Nr. 27. p. 1275.
11. Littauer, A., Demonstration eines wegen Karzinoms mit Radium bestrahlten Uterus. Ges. f. Geb. u. Gyn. in Leipzig. Sitzg. vom 20. Mai. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43. p. 1439. (Einige Wochen nach Abschabung und Paquelinisierung eines grossen Blumenkohlgewächses der Portio, das auf die Scheide übergriff, wird festgestellt, dass die vordere Muttermundslippe jetzt ganz verschwunden ist und dass vom Muttermund ausgehend an der vorderen Scheidenwand ein rhombischer Defekt mit Seiten 2 cm und oberer und unterer Kante 1 bezw. $1\frac{1}{2}$ cm vorhanden war. Nachdem innerhalb von fünf Wochen unter Anwendung von Radium der Defekt völlig verheilt war, wurde die abdominale Totalexstirpation ausgeführt. Die mikroskopischen Untersuchungen ergaben für die Ausschabung: ausgesprochenes Karzinom, für den exstirpierten Uterus: nirgends krebsige Wucherungen.)
12. Löwenthal, S., Grundriss der Radiumtherapie und der biologischen Radiumforschung.
13. Meidner, S., Die Behandlung bösartiger Geschwülste mit radioaktiven Substanzen. Therapie d. Gegenw. Febr. (Die Resultate der Radiumtherapie sind hinsichtlich des superfizialen Epithelioms und Sarkoms der Haut die gleichen wie die der Röntgenisierung, d. h. günstig; hinsichtlich der meisten und bösartigsten Tumoren aber ausgesprochen schlecht. Technisches über Applikation und Dosierung. Strahlenqualitäten, Radiumersatzpräparate usw.)
14 Petit-Dutaillis, P., A propos de la radiumthérapie des épithéliomas végétants du col de l'utérus. La Gyn. 16 Année. Nr. 3. p. 129. (Verf. hat bei Radiumbestrahlung von der Scheide aus zur Verhütung von Rezidiven nach Totalexstirpation des Uterus starke Reizerscheinungen von seiten des Peritoneums gesehen. Will daher zur alten Methode der vaginalen hohen Portioamputation zurückkehren und das Corpus uteri zum Schutz des Peritoneums in der Bauchhöhle zurücklassen. Sogar in vorgeschrittenen Fällen von Cervixkarzinom sollen die Veränderungen des Korpus nur reaktiver Natur sein. Die Vorteile von kleinen Dosen Radium [1 cg Radiumsulfat] zur Bestrahlung sei die Verhütung von Dermatitiden, die Vermeidung von Peritonealreizen und das in jedermanns finanziellen Bereich fallendes Mittel. Es stillt ausserordentlich die Schmerzen. Zwei Fälle.)

15. Pichevin, R., A propos de la radiumthérapie dans le traitement du cancer utérin. Semaine gyn. Nr. 7. p. 41
16. — Le radium et le cancer. Semaine gyn. 2 juillet, p. 201.
17. Pinkuss, A., Zur Mesothoriumtherapie bei Krebskranken. Berl. med. Ges. Sitzg. v. 20. März. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 14. p. 681. Als Original erschienen in der Berl. klin. Wochenschr. Nr. 20. p. 935. (Trinkkuren und lokale und intravenöse Injektionen von Thorium-X-Präparaten waren nicht imstande, lokal eine Karzinomstelle oder die allgemeine Karzinomerkrankung im Organismus im Sinne eines Heileffektes zu beeinflussen. Die lokale Bestrahlung mit Mesothorium dagegen hat einen sicheren Wert als Unterstützungs- und Ersatzbehandlung bei bezw. nach chirurgischen Eingriffen und ist der Radiumbestrahlung sicherlich gleichwertig, der Röntgenbehandlung in mannigfacher Hinsicht überlegen. In drei Fällen konnte Pinkuss unter Einfluss der Mesothoriumbestrahlung einen Stillstand der Erkrankung herbeiführen. Bemerkenswert ist ein regelmässig im Anschluss an die Bestrahlung auftretendes erysipeloides Exanthem, das auch im Bereich entfernt liegender Krebsdrüsen zu beobachten war und wohl als eine elektive Fernwirkung anzusprechen ist.)
18. — Zur Behandlung der inoperablen Karzinome mit Mesothorium und kombinierten Behandlungsmethoden. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 38. p. 1777. (Einfacher als die Behandlung mit Röntgenstrahlen gestaltet sich die mit Mesothorium, das in Glimmerkapseln eingeschlossen in unmittelbare Nähe der zu bestrahlenden Stelle gebracht werden kann. Die Wirkung auf inoperable Karzinome und Karzinomrezidive ist wie bei allen Strahlenarten fast nur oberflächlich, geht jedenfalls nur in ganz geringe Tiefe. Immerhin kann infolge der öfters zu beobachtenden Schrumpfung und Vernarbung des karzinomatösen Herdes speziell in der gynäkologischen Praxis eine ganz erhebliche Besserung des Krankheitszustandes herbeigeführt werden. Zweckmässig wird man die Bestrahlungsbehandlung auch mit innerlicher Verabreichung von Thorium X und von Pankreatin kombinieren. Es empfiehlt sich, die jeweils erzielten Erfolge mit Hilfe der Brieger-Trebingschen Antitrypsinreaktion zu kontrollieren, die ohne spezifisch zu sein, immerhin in über 90 % von Karzinomfällen positiv ausfällt. Genaue Angabe der Technik.)
19. — Demonstration von mit Mesothorium geheilten Karzinomfällen. VI. Internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sept. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. p. 1326. (Auch bei klimakterischen Blutungen wurde durch Einlegen von Silberkapseln von 9 mg Radioaktivität in die Nähe der Ovarien Erfolg erzielt. Um keine Schädigung hervorzurufen, ist längere Zeit eine vorsichtige Bestrahlung auszuführen.)
20. Plesch, J., Über die Dauer der therapeutischen Wirkung des Thorium X. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 49. p. 2305. (Behandelt die Thorium X-Therapie. Dauerresultate sind mit dieser Therapie nicht zu erwarten.)
21. Rutherford, E., The chemical Action of the Radiation of Radium. Brit. med. Assoc. Meeting of July 24. Ref. The Lancet, August 3, p. 304.
22. Shaw, E. H., The Action of Radium and X Rays in Malignant Growths. Brit. med. Assoc. Meeting of July 24. Ref. The Lancet, August 3, p. 304. Münch. med. Wochenschr. Nr. 46, p. 2536. (Siehe unter a) „Röntgentherapie der Karzinome“, p. 199. Nr. 7.)
23. Sticker, A., Anwendung des Radiums und des Mesothoriums bei Geschwülsten. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 49. p. 2302. Nr. 50. p. 2360. (1. Welche Unterschiede bestehen zwischen den biologischen Wirkungen der reinen Radiumsalze und der Mesothorpräparate. 2. Lässt sich die biologische Wirkung radioaktiver Substanzen durch andere therapeutische Massnahmen steigern. (Es zeigte sich in allen Fällen, dass die Haut eines mit positiver Elektrizität aufgeladenen Körpers weit stärkere Reaktionsgrade der Bestrahlung zeigte, als bei Aufladung mit negativer oder ohne jede Elektrizität.) 3. Welches ist der beste Schutz der gesunden benachbarten Gewebe gegen die Strahlenwirkung. (Eine nach Zehden von Chemiker Wurm hergestellte Blei-Wismutpaste.) 4. Ist die Radiumstrahlung dosierbar und welche Durchdringungskraft besitzt dieselbe? Im speziellen Teil wird die Wirkung der Becquerelstrahlen auf die gesunde Haut, auf die kranke Haut und die tumorauflösende Wirkung derselben behandelt. Viele Krankengeschichten, viele Bilder.)

Von Chéron und Rubens-Duval (2) wird ein Fall mitgeteilt, in dem ein inoperables Cervixkarzinom durch Radiumbestrahlung geheilt sein soll. Die Patientin starb 15 Monate später an Gehirnerweichung und bei der Sektion war nirgends im Körper mehr eine kar-

zinomatöse Veränderung nachweisbar. Auch Littauer (11) behauptet, das Verschwinden eines Portiokarzinoms unter Einfluss der Radiumbestrahlung gesehen zu haben. An dem bei der Totalexstirpation gewonnenen Präparat war nirgends krebsige Wucherung nachzuweisen.

Fiuzi (5) gibt eine Zusammenstellung der Geschwulstformen, für die die Radiumtherapie geeignet erscheint; er rechnet dazu an erster Stelle die Rundzellensarkome, rasch wachsende Drüsenkrebse und Endotheliome und langsam wachsende Epitheliome. Auch empfiehlt er, sowie auch Petit-Dutaillis (14), die prophylaktische Bestrahlung nach Totalexstirpation zur Vermeidung von Rezidiven. Petit-Dutaillis hat aber dabei starke Reizerscheinungen von seiten des Peritoneums entstehen sehen und rät deshalb, zur alten Methode der vaginalen hohen Portioamputation zurückzukehren und das Corpus uteri zum Schutz des Peritoneums in der Bauchhöhle zurückzulassen. Sogar in vorgeschrittenen Fällen von Cervixkarzinom sollen die Veränderungen des Corpus uteri nur reaktiver Natur sein. Von verschiedenen Seiten wird betont, dass die Radiumbestrahlung ausserordentlich die Schmerzen stillt. Jeanne et Née (9) machen den Versuch, der Radikaloperation gegenüber der Radiumtherapie genauere Grenzen zu ziehen. Pinkuss (17—19) hat sich eingehend mit der Mesothoriumtherapie bei Krebskranken befasst und kommt zu dem Schluss, dass die lokale Bestrahlung mit Mesothorium der Radiumbestrahlung sicherlich gleichwertig, der Röntgenbehandlung in mannigfacher Hinsicht [Tiefenwirkung, Dosierbarkeit, Anwendungsweise, Billigkeit usw.] überlegen ist. Nach Plesch (20) sind Dauerresultate mit dieser Therapie nicht zu erwarten. Czerny und Caan (3), Rutherford (21), Shaw (22) und Sticker (23) besprechen Technisches und Biologisches. Howlett (8) sowie Keetmann und Mayer (10) geben Mittel an zur Messung und Dosierung von Radiumpräparaten. L. Freund (6) hat bie Wirkung des Radiums auf die durch Adrenalin anämisch gemachte Haut studiert. In der Diskussion (6) kommt die Frage der sensibilisierenden Wirkung des Jodkaliums zur Sprache. Freund bezweifelt, dass Jod nach Einverleibung per os bei der kurzen Dauer der Radiumbehandlung und bei der geringen Menge des Jods sensibilisierend wirken könne. Dagegen hat Sticker (23) gefunden, dass die Haut eines mit positiver Elektrizität aufgeladenen Körpers weit stärkere Reaktionsgrade der Bestrahlung zeigten als bei Aufladung mit negativer oder ohne jede Elektrizität. Fellner und Neumann (4) sahen bei Kaninchen durch Trinkenlassen von Radiumemanation enthaltenden Wasser deutliche Veränderungen der inneren Geschlechtsorgane eintreten.

Karzinom und Schwangerschaft.

1. Büchler Dezsö, Terhes méh kiirtása rák miatt. Aus der Sitzung des Siebenbürger Museum-Vereins am 27. Januar 1912. Ref. Orvosi Hetilap, Nr. 9. (Schwangerschaft im 3. Monat bei Portiokrebs; Exstirpation nach Wertheim; Heilung.) (Temesváry.)

1a. Chavannaz, G., Hystérectomie pour épithélioma de l'utérus, précedée d'une césarienne à terme. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux. Séance du 1 Mars. Ref. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Nr. 10. p. 267. (Die Cervix wurde wegen heftiger Blutungen während der Schwangerschaft vorsichtig curettiert. Vier Tage später setzten die Wehen ein und sprang die Blase. Kaiserschnitt und Totalexstirpation; lebendes Kind von 2250 g. Das Karzinom soll nach der Curettage nicht mehr weitergewachsen sein (?).)

2. Evans, N., Note of a Case of true Cauliflower Excrescence. The Lancet. Vol. 182. June 8. p. 1535. (Blumenkohlgeschwulst der Cervix im vierten Monat. Der Stiel wurde unterbunden und der Tumor abgetragen. Keine mikroskopische Untersuchung. Weiterer Verlauf des Falles unbekannt.)

3. Faure, J. L., De l'hystérectomie pour cancer de l'utérus au cours de la grossesse. Soc. d'Obst. et de gyn. de Paris. Séance du 12 Févr. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Tome 1. Nr. 4. p. 305. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 1 Année. Nr. 2. p. 80. La Gyn. 16 Année. Nr. 4. p. 223. The Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Emp. Vol. 21. Nr. 5. p. 300. (Ein Fall von Sarkom und drei Fälle von Karzinom des Uterus in der Gravidität, alle nach Wertheim operiert. Verf. vertritt die Meinung, dass man zu Beginn der Schwangerschaft und in nicht zu weit vorgeschrittenen Fällen die Hysterektomie machen, in zweifelhaften oder schlechten Fällen die Schwangerschaft nicht unterbrechen, sondern, sobald das Kind lebensfähig geworden ist, den Kaiserschnitt machen und den Uterus exstirpieren soll. Technisches. Die Operation

soll während der Schwangerschaft leichter sein, wie bei der Nichtschwangeren. Faure beurteilt die Operabilität des Falles nach der Beweglichkeit des Uterus. Das Sarkom und ein beginnendes Karzinom sind nach 20 und 21 Monaten jetzt noch rezidivfrei; eine Patientin hat Rezidiv, die vierte starb sechs Monate nach der Operation. Rezidiv tritt meist sehr früh auf. Diskussion: Pinard und Lepage wollen in den ersten vier Monaten der Schwangerschaft immer operieren; später muss das Leben des Kindes mit berücksichtigt werden. In Fällen, in denen schon unter normalen Umständen die Möglichkeit der radikalen Operation in Frage steht, bildet die Schwangerschaft eine Kontraindikation gegen die Operation.)

4. Gross, G., et L. Heully, Cancer du col et grossesse. Soc. de méd. de Nancy. Séance du 27 Mars. Revue méd. de l'Est. 15 Mai.

4a. Hansen, Svend. Cancer-Recidiv, 16 aar efter Exstirpation af Adenoma i Mamma. (Krebsrezidiv 16 Jahr nach Operation wegen Adenom der Mamma.) Ugeskrift for Laeger. Nr. 32. p. 1154—1156. (O. Horn.)

5. Henkel, M., Exstirpation eines schwangeren Uterus bei diffuser Karzinose mit Aszites. Demonstr. Naturwiss.-med. Ges. in Jena. Sitzg. vom 15. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 15. p. 839.

6. Jacobs, C., Cancer utérin et grossesse. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Festnummer zum VI. intern. Gyn.-Kongr. Bd. 36. p. 34. (Drei Fälle von Karzinom und Schwangerschaft. So früh wie möglich abdominale Radikaloperation solange der Uterus noch beweglich und die Basis der Lig. lata nicht infiltriert ist. Ist das Kind nahezu lebensfähig, dann soll man solange warten, bis man das Leben des Kindes durch Kaiserschnitt und anschliessende abdominale Hysterektomie retten kann. Die abdominale Totalexstirpation ist in der Gravidität nicht schwieriger, wie in normalen Umständen.)

6a. Kaarsberg, Metritis chronica, Carcinoma corporis uteri, Pyosalpinx duplex bei derselben Patientin. Demonstration. Ges. f. Geb. u. Gyn. 8. Nov. 1911. Ugeskrift for Laeger. p. 1230. (O. Horn.)

7. Knack, A., Geburt und Gebärmutterkrebs. Ein Beitrag zur Ätiologie, Prognose und Prophylaxe. Diss. München. Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. 11. Heft 3. (Gestützt auf ein grosses Sammelmaterial und auf eine umfangreiche eigene statistische Untersuchung versucht Knack, die Rolle, die die Geburten in der Ätiologie des Uteruskrebses spielen, nachzuweisen. Durch sachgerechte Leitung der Geburt und Nachbehandlung kann der Entstehung des Karzinoms vorgebeugt werden.)

8. Ksido, Gebärmutterkrebs und Schwangerschaft. Journ. akusch. i shensk. boles. Jan. (Vier Fälle: 1. 23jährige V-gravida im sechsten Monat. Kollumkrebs. Kaiserschnitt und totale Uterusexstirpation per abdomen. Nach zwei Monaten Rezidiv. 2. 33jährige IIgravida. Carcinoma portionis vaginalis; zweiter Schwangerschaftsmonat. Abdominale Uterusexstirpation nach Wertheim mit Bauchdeckenschnitt nach Lennander. Nach sechs Monaten Rezidiv. 3. 30jährige VII-gravida. Blumenkohlgeschwulst. Abdominale Uterusexstirpation nach Wertheim mit Bauchdeckenschnitt nach Pfannenstiel. Am 20. Tage geheilt entlassen. 4. 40jährige VIpara. Vor einer Woche dreimonatlicher Abort. Retentio placentae post abortum. Carcinoma portionis, abrasio cavi uteri. Sechs Tage später Uterusexstirpation nach Wertheim Nach sechs Monaten Rezidiv.) (H. Jentter.)

9. Levant, A., L'hystérectomie totale dans le traitement du cancer du col de l'utérus au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post partum. Arch. mens. d'obst. et de gyn. 1 Année. Nr. 9. p. 97. Thèse de Paris. Ref. La Presse méd. Nr. 81. p. 819. (In den ersten Monaten bildet schon die Unbeweglichkeit des Uterus eine Kontraindikation gegen die Operation; unter normalen Verhältnissen soll sofort operiert werden. In der zweiten Hälfte der Schwangerschaft soll man bei Infiltration der Basis der Lig. lata, auch bei noch beweglichem Uterus, von der Operation Abstand nehmen. Im Falle der Operabilität soll man immer sofort eingreifen; nur vom achten Monat an kann man den Moment des spontanen Geburtseintrittes abwarten und dann die Sectio caesarea mit anschliessender Wertheimschen Operation machen. Während der Schwangerschaft eher erleichtert, wie erschwert. Auch im Wochenbett sofort eingreifen und nicht abwarten. Das abdominale Vorgehen vor der vaginalen Operationsmethode zu bevorzugen. — Eingehendes Literaturstudium.)

10. Lindstedt, F., La grossesse dispose-t-elle au développement du cancer? Soc. d'obst. et de gyn. de Stockholm. Séance du 31 Mars 1911. Ref. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Tome 1. p. 582. (Verf. hat fünf Fälle von Magenkarzinom während der Schwangerschaft gesehen. Da alle diese Frauen sehr jung waren, glaubt Lindstedt, dass die

Gravidität vielleicht eine Prädisposition zum Karzinom geschaffen hat. In der Diskussion bemerkt Alin, dass er auf 30 000 Entbundenen in Stockholm noch nie einen Karzinomfall beobachtet hat.)

10a. Messa, Sul trattamento del cancro del collo dell utero nel corso della gravidanza. Über die Behandlung des Cervixkrebses im Verlaufe der Schwangerschaft. La Ginecologia, Firenze, IX. 15. (Artom di Sant' Agnese.)

11. Mohr, L., Cauliflower der Cervix bei Gravidität im zweiten Monat. Gyn. Ges. zu Breslau. Sitzg. vom 12. Juni. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41. p. 1377. (Vaginale Totalexstirpation; die 26jährige Kranke ein Jahr später an Rezidiv tot.

12. Paschkewitsch, Gebärmutterkrebs und Schwangerschaft. Journ. akusch. i shensk. boles. April. (Vier Fälle. Im letzten wurde wegen Kollumkrebs die im zweiten Monat schwangere Gebärmutter per vaginam exstirpiert. Genesung. Paschkewitsch gibt sein Resumé im Sinne Grammatikatis.) (H. Jentter.)

13. Pichevin, R., Importance d'opérer sans retard le cancer de l'utérus dans les premiers mois de la gravidité. Semaine gyn. Nr. 8. p. 49.

14. Pottet, M., et Lévy, Die Behandlung des Uteruskarzinoms in der Schwangerschaft. Revue prat. d'obst. et de péd. Août. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 1. p. 47. Bei inoperablen Fällen muss man den alten konservativen Methoden folgen, die Schwangerschaft so lange als möglich zu unterhalten versuchen, um ein lebendes Kind zu erhalten. Bei operablen Fällen ist in den ersten drei Monaten die Wertheimsche Operation auszuführen, ebenso bis zum siebenten Monate. Im achten und neunten Monate ist nach Entfernung des lebenden Kindes die Hysterektomie auszuführen. Im allgemeinen soll man so verfahren, als ob eine Schwangerschaft nicht vorhanden wäre. In der Geburt ist zunächst bei operablem Karzinom die Ausstossung des Kindes abzuwarten, dann sobald als möglich der Uterus zu entfernen. Bei inoperablen Karzinomen ist die Porrosche Operation auszuführen, weil so am besten eine Infektion vermieden werden kann.)

15. Runge, E., Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, kompliziert durch Genitaltumoren. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 37. p. 1774. (Frage der Behandlung der mit Myom, Karzinom oder Ovarialtumoren komplizierten Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.)

16. Siegel, P. W., Genitaltumoren und Schwangerschaft. Diss. Freiburg 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 50. p. 1719. (Material der Freiburger Klinik seit 1904. Zwei Karzinome kamen trotz Totalexstirpation des graviden bezw. kreissenden Uterus in 1½ bezw. ½ Jahren ad exitum.

17. Theilhaber, A., und H. Edelberg, Die Beziehungen der Fortpflanzungsvorgänge zu den Geschwülsten der weiblichen Geschlechtsorgane. Arch. f. Gyn. Bd. 96. Heft 1. p. 23. (Der wichtigste Grund für die häufige Erkrankung der Cervix uteri an Karzinom ist die schlechte Ernährung des Gebärmutterhalses infolge der zahlreichen Narben nach Entbindungen. Nullipare sind nur in 2,9 % an den Cervixkarzinomen beteiligt; die durchschnittliche Geburtenzahl einer Frau mit Cervixkarzinom beträgt 4,8. Durch Verbesserung der Ernährungsverhältnisse soll ein überstandenes Wochenbett infolge der Hyperämie eine Zeitlang einen Schutz gegen die Entstehung des Karzinoms bieten, soll eine Schwangerschaft die Chancen einer Radikalheilung nicht verschlechtern und soll nach einer partiellen Karzinomoperation durch eine bald eintretende Schwangerschaft die Prognose verbessert werden. Das Korpuskarzinom tritt viel häufiger bei Nulliparen und zwar in viel höherem Alter auf. Hier kommt ein Trauma nicht in Betracht, sondern chronische, meist gonorrhoische Entzündung. Als Prophylaxe gegen das Cervixkarzinom wird die exakte Vernähung der Geburtstraumen, ebenso die operative Beseitigung alter Cervixrisse unter Entfernung des intravaginalen Cervixparenchyms empfohlen.)

18. Weber, W., Über Gebärmutterkrebs und Schwangerschaft. Diss. München. August. (Rud. Müller u. Steinicke). (Die Häufigkeit des Zusammentreffens von Uteruskarzinom und Schwangerschaft berechnet sich nach dem Material der Münchener Frauenklinik bei einer Geburtenziffer von 34 768 auf 0,1 % [35 Fälle].)

Über die Indikationsstellung zur Operation sind sich im grossen ganzen die verschiedenen Autoren einig: man soll so lange das Karzinom noch operabel und das Kind noch nicht lebensfähig ist, sofort die Totalexstirpation vornehmen. Nähert sich die Schwangerschaft der Zeit des siebenten Monats, dann soll man abwarten, bis das Kind lebensfähig geworden ist, dann aber sofort den Kaiserschnitt mit anschliessender Wertheimscher Operation

ausführen. Ist das Karzinom inoperabel, so soll unter alleiniger Berücksichtigung des Lebens des Kindes die Behandlung bis zum richtigen Schwangerschaftsende rein symptomatisch sein; alsdann sind Kind und Uterus durch Vornahme des abdominalen Kaiserschnittes nach Porro zu entfernen [Pottet und Lévy (14), Weber (18)]. Auch in zweifelhaften Fällen, in denen also schon unter normalen Umständen die Möglichkeit der radikalen Operation in Frage steht, bildet die Schwangerschaft eine Kontraindikation gegen die Operation [Pinard und Lepage, Diskussion zu Faure (3)]. Es soll abgewartet werden, bis das Kind lebensfähig geworden ist; dann Kaiserschnitt und im Anschluss daran Totalexstirpation.

Die Operabilität des Falles wird nach der jeweiligen Beweglichkeit des Uterus und der Infiltration der Basis der Lig. lata beurteilt [Faure (3), Jacobs (6), Levant (9)]. Die Totalexstirpation des Uterus soll in der Schwangerschaft technisch eher erleichtert, wie erschwert sein [Faure (3), Jacobs (6), Levant (9)]. Bei Faure findet man eine ausführliche Beschreibung der Technik derselben.

Die Resultate der Operation sind leider sehr ungünstig; in den meisten Fällen treten kurz nach der Operation Rezidive ein [Faure (3), Mohr (11), Siegel (16)].

Knack (7) und Theilhaber und Edelberg (17) glauben Zusammenhang zwischen vorangegangenen Geburten und das Auftreten von Cervixkarzinomen feststellen zu müssen. Lindstedt (10) hat in fünf Fällen bei sehr jungen Frauen Magenkarzinom in der Schwangerschaft gesehen und glaubt daraus schliessen zu können, dass die Gravidität eine Prädisposition zum Karzinom geschaffen habe.

Sarkome.

(Siehe auch unter „Myome“ und „Strahlentherapie der Myome“.

2. Augier, D., Sarcomes de l'utérus et tumeurs à tissus multiples. La Gyn. 16 Année. Nr. 4. p. 213. (Tumor der Portio mit Karzinom-, Sarkom- und Knorpelgewebselementen. Es muss sich um ein Embryom der Portio handeln. Drei Bilder.)

3. Beckmann, U., Fall von Schleimhautsarkom der Uterushöhle. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Jan. Sitzungsber. d. geb.-gyn. Ges. (Es fanden sich zwei abgegrenzt in der Schleimhaut sitzende Knoten von Pflaumengrösse, die ins Cavum uteri hineinragten, aus Rund- und Spindelzellen bestehend. Vaginale Exstirpation. Genesung.) (H. Jentter.)

4. Bégouin, P., Sept cas de sarcome de l'utérus. Soc. d'obst., de gyn. et de péd. de Bordeaux. Séance du 12 Déc. 1911. Ref. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Nr. 9. p. 134. (Sarkome kommen öfter vor, wie man bisher meinte. Verf. hat seit dem Jahre 1903 sieben Fälle von Sarkom des Uterus operiert, während in derselben Zeit 130 Fälle von Fibrom zur Operation kamen. Es fallen bei seinem Material also fünf Sarkome auf 100 Fibrome. Die sarkomatöse Degeneration, um die es sich immer handelt, kommt besonders im Klimakterium zustande. In den meisten Fällen sind es interstitielle Rundzellen- oder Spindelzellen-Sarkome. Die klinischen Erscheinungen sind die des Myoms; in keinem Falle konnte die sichere Diagnose der sarkomatösen Degeneration vor der Operation gestellt werden. Von den sieben operierten Fällen sind fünf gestorben, entweder sofort nach der Operation oder später an akuter allgemeiner Sarkomatose. Jedes Myom soll früher oder später operativ entfernt werden.)

5. Blair Bell, W., A case of Rhabdo-myosarcoma of the Uterus. Royal Soc. of Med., Obst. and Gyn. Sect. Meeting on Jan. 4. Ref. The Lancet. Vol. 182. Jan. 27. p. 227. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 21. Nr. 1. p. 57. (70jährige Frau. 10 Wochen nach der Totalexstirpation Rezidiv. Enterostomie.)

6. Bondi, J., Beitrag zur Kenntnis der Uterussarkome. Wiener med. Wochenschr. Nr. 19. p. 1276. (Kasuistischer Beitrag. Es handelte sich um ein Spindelzellensarkom, wahrscheinlich von einem submukösen Myom ausgehend. Eine Metastase befindet sich retroperitoneal im Gebiete der grossen Gefässe. Auch bei dieser Kranken bestanden die von Veit betonten profusen Diarrhoen, die nach der Operation aufhörten; Veränderungen am Darm waren nicht wahrzunehmen.)

7. Bumm, E., Sarkomrezidive nach Myomoperation. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 22. März. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. Heft 1. p. 218.

8. Dalton, Sarcoma of the uterus. Report of a case. Surg., Gyn. and Obst. 1910. Ref. Journ. de Chir. 1911. Nr. 2. p. 240.

9. Dobrowolski, E., Fall von Myxosarcoma uteri bei einem dreimonatlichen Kinde.

10. v. Dungern, E., Zur Biologie des Rundzellensarkoms des Hundes. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 5. p. 238. (Verf. glaubt annehmen zu müssen, dass ein Mikroorganismus der Erreger dieser Geschwulstbildung ist; er hat ihn aber noch nicht aufgefunden. Der Nachweis, dass das Lymphosarkom des Hundes eine Infektionsgeschwulst ist, lässt sich nicht ohne weiteres zugunsten der Infektionstheorie der bösartigen Geschwülste verwerten, denn der Wachstumstypus ist ja gerade ein anderer, als bei den echten Blastomen, wenn auch das histologische Bild das gleiche ist. Man sieht daraus jedoch soviel, dass es Infektionserreger gibt, die spezifisch ganz bestimmte Zellen anlocken und zum Wachstum anregen. Diese Spezifität des Gewebes deutet darauf hin, dass der Unterschied zwischen echten Blastomen und gewöhnlichen Infektionstumoren doch kein absoluter zu sein braucht.)

11. Eckler, R., Uterussarkom. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 12. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52. p. 1765. (53jährige Frau, nach zweijähriger Amenorrhoe seit acht Monaten unregelmässige Blutungen. Eine Curettage hatte nichts Malignes herausbefördert. Zweifaustgrosser Uterustumor. Diagnose Myoma uteri mit maligner Degeneration. Am Präparat sieht man an der vorderen Uteruswand einen orangegrossen derben interstitiellen Knoten von der Struktur eines Fibromyoms; mit diesem Tumor in innigem Zusammenhang steht ein zweiter Tumor, der das Cavum uteri zum grossen Teil ausfüllt, etwa bananengross, von polypöser Beschaffenheit, viel weicher wie der erste. Mikroskopisch handelt es sich um polymorphzelliges Sarkom. Der Prozentsatz der sarkomatös degenerierten Uterusmyome soll etwas über 2 % betragen.)

12. Flatau, S., Myoma sarcomatodes-carcinomatodes. Demonstr. Ärztl. Verein in Nürnberg. 19. Okt. 1911. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 2. p. 116. (Die sarkomatöse Wucherung geht hauptsächlich von der Intima der Gefässe aus, so dass die Lumina durchwegs durch Sarkomthromben verstopft sind. Die Folge dieser Zirkulations- und Ernährungsstörung ist die totale Nekrose der gesamten Tumormasse und des Uterus. Das Karzinom drängt sich, offenbar von versprengten Epithelien herstammend, in drüsenschlauchartigen Zügen zwischen das Fibromgewebe. Die nach Unna auf elastische Fasern gefärbten Präparate lassen unzweifelhaft die Entwickelung des Sarkoms innerhalb der Lamina elastica interna und externa der Gefässe erkennen. Die Kranke hatte bis in die letzten Wochen keine Beschwerden von ihrem Myom und auch niemals Blutungen. Abdominale Totalexstirpation nach Wertheim.)

13. — Gleichzeitiges Vorkommen von Myom, Sarkom und Karzinom im Uterus. Ärztl. Verein in Nürnberg. Sitzg. vom 9. Okt. 1911. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 6. p. 295. (Siehe unter Myom [54].)

14. Fleischmann, K., Befund maligner Veränderungen bei zwei durch abdominelle Totalexstirpation gewonnenen myomatösen Uteris. K. k. Ges. d. Ärzte in Wien. Sitzg. vom 8. Nov. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 47. p. 2598. Wiener klin. Wochenschrift Nr. 46. p. 1851. (Siehe unter „Myom" 55.)

15. Gaertner, R., Ein Fall von primärem Sarkom der Portio vaginalis uteri. Diss. Jena.

16. Gallois et Tartanson, Tumeur utérine sarcomateuse. Lyon méd. 1911. Nr. 52. p. 1431.

17. Goldenstein, E., Zystisches Sarkom des Beckenperitoneums, etwa vier Jahre nach Sarkom des Uterus. Arch. f. Gyn. 1911. Bd. 94. Heft 2. p. 301. (Beschreibung eines teils kompakten, teils zystischen Tumors, welcher vom linken Eierstock ausgeht und im Douglas und am Parietalperitoneum zahlreiche Exkreszenzen und Verwachsungen aufweist. Bei der Frau war vier Jahre zuvor die vaginale Totalexstirpation wegen starker Blutung ausgeführt worden, wobei ein Sarkom des Uterus festgestellt wurde. Auch der vorliegende Tumor ist als ein zystisches Sarkom aufzufassen. Histologische Einzelheiten im Original.)

19. Heinemann, J., Über die Metastasierung maligner Tumoren im Zentralnervensystem. Diss. Breslau 1911. Virchows Arch. 1911. Bd. 205. Heft 3.

20. Herrenschmidt, A., et P. Mocquot, Sarcome diffus du col de l'utérus. Assoc. franc. pour l'étude du cancer. Séance d'Avril. Ref. Annales de gyn. et d'obst. Sept. p. 559. La Gyn. Nr. 9. Sept. p. 562. (46jährige Frau. Verdickte unebene Portio mit geschwürig zerfallenen Lippen. Parametrien frei. Totalexstirpation, bei der ein Stück der Neubildung vorne an der Blase zurückgelassen wird. Radiumbestrahlung. Mikroskopisch ist das ganze Gewebe von Sarkomzellen eingenommen. Weder Epithel noch Drüsen, nur einzelne Gefässe mit verdickten Wänden sind am Rande der Neubildung nach-

zuweisen. Unterschied gegen Karzinom das Fehlen der holzartigen Härte, die sonst bei Karzinom gefunden.)

21. Hertel, W., Zur malignen Degeneration der Uterusmyome. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 3. p. 325. (Siehe unter „Myome" 74.)

23. Kamann, K., Uterussarkom. Freie Vereinigung mitteldeutsch. Gyn. Sitzg. vom 28. April. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. p. 954. (Vaginal exstirpierter Uterus einer 42jährigen Frau, der nicht, wie angenommen, ein Myom enthält, sondern ein von der hinteren Wand ausgehendes, aus Spindel- und Riesenzellen bestehendes Uterussarkom, mit zahlreichen Nekrosen, Rundzellenherden und mächtigen Hämorrhagien. Diskussion: Veit und Penkert glauben, dass es sich um einen Fall von teratoider Mischgeschwulst des Uterus handelt. Mikroskopische Untersuchung wird neben dem gemischtzelligen Sarkom wahrscheinlich auch noch Knorpel finden lassen.)

24. Kubinyi, P. v., Beiträge zur Frage der sarkomatösen Entartung der Gebärmuttermyome und des Zusammentreffens mit Korpuskarzinom, nebst Beschreibung eines Falles von Karzinosarkom des Uterus. Arch. f. Gyn. Bd. 97. Heft 2. p. 237.

25. Levy-Dorn, M., Dauererfolge bei der Röntgentherapie von Sarkomen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 1. p. 10. (In zwei Fällen Dauererfolge mit Röntgenbestrahlungen, kombiniert mit einer Arsenkur.)

26. Lewin, O., Zur Frage der sarkomatösen Degeneration der Uterusmyome. Sammlung von Arbeiten über Geb. u. Gyn. Festschr. f. v. Ott. Teil II. Petersburg 1911. (Russ.) Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24. p. 781. (Siehe bei „Myom" 94.)

27. *Malinowsky, M., Zur Lehre über sog. Traubensarkome (kombinierte Mesodermaltumoren) des Mutterhalses. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Juli-August-Sept. (H. Jentter.)

28. Mandl, L., Demonstration eines Myosarkoms des Uterus. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 28. Nov. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19. p. 614. (Siehe unter Myom 101.)

29. Mirabeau, S., Sarkom des Uterus, das mit der Wand des Uterus keinen Zusammenhang mehr hatte. Demonstr. Gyn. Ges. in München. Sitzg. vom 21. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 15. p. 844.

30. Metzenthin, W., Zur Kasuistik unvermeidbarer klinischer Fehldiagnosen (Sarcoma uteri, Gravidität vortäuschend). Diss. Rostock 1910. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 486. (Besprechung ähnlicher Fehldiagnosen aus der Literatur.)

32. Oberndorfer, S., Demonstration eines Falles von Karzinosarkom. Münchn. gyn. Ges. Sitzg. vom 15. Dez. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 10. p. 306. (Die Karzinomnester liegen zerstreut in dem sarkomatösen Stroma.)

33. Ogórek, H., Demonstration eines sarkomatös degenerierten Uterusmyoms. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 16. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33. p. 1088.

34. Pavesio, C., Uterussarkom. Riform. med. Nr. 29.

35. Perdrigé, Sarcomes de l'utérus. Thèse de Paris. 1911.

36. Rinne, F. H., Demonstration eines Uterussarkoms. Freie Vereinig. d. Chir. Berlins. Sitzg. vom 13. Nov. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1913. Nr. 8. p. 388. (Kasuistisch. (51jährige Dame, 10mal geboren, seit zwei Jahren profuse Blutungen. Kindskopfgrosser, myomatöser Uterus. Supravaginale Amputation. An dem Präparat wurde Sarcoma teleangiectaticum festgestellt. Entfernung des Portiorestes, der mikroskopisch gesund war.)

37. Robin, M., Des sarcomes du corps de l'utérus. Thèse de Bordeaux. Nr. 54. (Diagnose und Differentialdiagnose.)

38. Schlagenhaufer, F., Ein Fall von Lymphosarkom des Uterus und der Adnexe. Arch. f. Gyn. Bd. 95. Heft 1. p. 3. (Nach kritischer Besprechung der wenigen in der Literatur schon beschriebenen Fälle, die meistens einer kritischen Prüfung nicht standhalten, teilt Verf. einen eigenen sicheren Fall mit. Er hält den makroskopischen Befund für entscheidender als den mikroskopischen, denn es ist nur zu oft unmöglich, die histologische Differentialdiagnose zwischen Lymphosarkom und leukämischer Infiltration oder Rundzellensarkom zu stellen. Als Ausgangspunkt der Neubildung müsste man präexistierendes adenoides Gewebe [Kundrat] etwa in der Portio vaginalis betrachten. Abbildung.)

39. Schmittmann, P., Über maligne Degeneration der Uterusmyome mit besonderer Berücksichtigung der Kombination von Karzinom mit Myom. Diss. Bonn. Mai. (Siehe unter Myom 154.)

40. Schottlaender, J., Kurzer Bericht über die während der letzten 3¾ Jahre beobachteten malignen, blastomatösen Veränderungen der Uterusmyome und myomatösen Uteri in der II. Universitäts-Frauenklinik. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 12. Dez. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. p. 656.
41. Smyly, W., A case of Myoma undergoing sarcomatous degeneration. Royal Acad. of Med. in Ireland. Sect. of Obst. Meeting on Jan. 5. Ref. The Lancet. Vol. 182. Jan. 27. p. 231. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 21. Nr. 1. p. 63.
42. Stein, A., Carcinosarcoma uteri mit Metaplasie des Zylinderepithelkarzinoms in Plattenepithelkarzinom. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 4. p. 417. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 50. p. 1714. (Mitteilung eines eigenen Falles. Die histologischen Besonderheiten sind im Original durchzulesen.)
43. Vallois et J. Delmas, Sarcome mélanique et grossesse. Réunion obst. et gyn. de Montpellier. Séance du 7 Févr. Ref. Arch. mens. d'obst. et de gyn. 1 Année. Nr. 8. p. 91. (Vor zwei Jahren ein Melanosarkom der Haut in der Regio epigastrica exstirpiert. Während der Schwangerschaft eine allgemeine Sarkomatose. Künstliche Frühgeburt im neunten Monat im Interesse des Kindes. Die Mutter stirbt drei Wochen später. Der melanotische Urin der Mutter fehlt bei dem Kinde vollkommen. Die Schwangerschaft hat wohl das erschwerende Moment für den rapiden Verlauf der Krankheit gegeben.)
44. Vértes, O., und P. Zacher, Das Sarkom des Gebärmutterhalses. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. Heft 1. p. 171. (Ein Fall von Sarcoma polyposum cervicis, das vor 1½ Jahren als benign aussehende kleine Cervixexkreszenz entstanden war.)
45. Wakabayashi, T., Einige Beobachtungen über die feinere Struktur der Riesenzellen in Gummi und Sarkom. Virchows Arch. Bd. 205. Heft 1.
46. Warnekros, Zwei Sarkomrezidive nach Exstirpation des Uterus wegen Myom. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 23. Febr.
47. — Über die Häufigkeit sarkomatöser Veränderungen in Myomen. Arch. f. Gyn. Bd. 97. Heft 2. p. 292.
48. Werner, F., Myosarkome. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 22. März. Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. Heft 1. p. 197. (Demonstration von sieben Präparaten, gewonnen bei 78 Myomoperationen.)
49. Winiwarter, A. F. Ritter v., Eine seltene Form eines Karzinoms in einem fibromuskulären Korpuspolypen. Arch. f. Gyn. Bd. 98. p. 1. (Macht den Eindruck eines Kombinationstumors, ist es aber nicht. Die sarkomatöse Entartung des Stromas ist eine Täuschung.)

Sarkome scheinen öfter vorzukommen, wie man bisher meinte. Bei Bégouins (4) Material fallen 7 Sarkome auf 130 Fibrome, also 5 %. Nach Eckler (11) soll der Prozentsatz der sarkomatös degenerierten Uterusmyome etwas über 2 % betragen. v. Franqué [Diskussion zu Menge („Strahlentherapie der Myome", Nr. 60)] nimmt die Prozentzahl der sarkomatösen Degeneration der Myome auf 3—6 % an. Auch Gauss (cf. „Strahlentherapie der Myome", Nr. 21) fand unter etwa 450 wegen Myom operierten Fällen 2 % Sarkome. Klein (cf. „Strahlentherapie der Myome". Nr. 43) sah unter 491 operierten Myomfällen 13 mal Sarkom (2,6 %), Mackenrodt („Strahlentherapie der Myome", Nr. 59) in 1,7 resp. 4 % der Fälle, Walthard [Diskussion zu Menge („Strahlentherapie der Myome", Nr. 60)] unter 20 Myomoperationen fünfmal. Werner (48) fand sogar bei 78 Myomoperationen sieben Myosarkome, also 9 %. Noch höher ist der Prozentsatz Bumms (7), der in 10 % aller operierten Myome Sarkomentwickelung in der Geschwulst nachweisen konnte und auf ungefähr 200 Fälle totalexstirpierter Myome, die jahrelang beobachtet wurden, viermal Rezidive an Sarkom beobachtete. Auch Warnekros (46 und 47) veröffentlicht zwei Fälle von Sarkomrezidiv, nachdem früher der Uterus wegen myomatöser Veränderungen exstirpiert worden war. Die sarkomatöse Degeneration, um die es sich immer handelt, kommt besonders im Klimakterium zustande. Es wurden solche Fälle von Bauereisen („Myom", Nr. 10), Begouin (4), Bondi (6), Eckler (11), Flatau (12), Fleischmann („Myom", Nr. 55), Freund („Myom", Nr. 61). Hertel („Myom", Nr. 74), Koblanck („Strahlentherapie der Myome", Nr. 47), Kubinyi (24), Lewin (26), Mandl („Myom", Nr. 101), Ogórek („Myom", Nr. 129), Rinne (36), Schmittmann („Myom", Nr. 154), Schottlaender („Myom", Nr. 157), Smyly („Myom", Nr. 162) und Werner (48) beschrieben.

Sarkome der Portio und der Cervix wurden von Herrenschmidt und Mocquot (20), Malinowsky (27) und Vertes und Zacher (44) beobachtet. Oft handelt es sich um Misch-

geschwülste. Augier (2) beschreibt einen Tumor der Portio mit Karzinom-, Sarkom- und Knorpelgewebselementen; es muss sich also um ein Teratom der Portio handeln. Zu dieser selben Geschwulstart ist wohl der Korpustumor Kamanns (23) zu rechnen. Flatau (12 und 13), Kubinyi (24), Oberndorfer (32) und Stein (42) fanden gleichzeitiges Vorkommen von Myom, Sarkom und Karzinom im selben Uterus. Letzterer (42) konnte dabei eine Metaplasie des Zylinderepithelkrebses in Plattenepithelkrebs feststellen. Im Falle von Blair Bell (5) handelte es sich um ein Rhabdomyosarcoma uteri.

Ein Fall von Lymphosarkom des Uterus und der Adnexe wird von Schlagenhaufer (38) beschrieben und kritisch besprochen. Als Ausgangspunkt der Neubildung müsste man präexistierendes adenoides Gewebe etwa in der Portio vaginalis betrachten. Im Falle Flatau (12) liess die Unnasche Färbung unzweifelhaft die Entwickelung des Sarkoms innerhalb der Lamina elastica interna und externa der Gefässe erkennen. Daels („Myom", Nr. 35) hat mit der v. Gieson-Färbung den histologischen Bau der Sarkome studiert. Wakabayashi (45) gibt einige Beobachtungen über die feinere Struktur der Riesenzellen im Sarkom. v. Dungern (10) glaubt annehmen zu müssen, dass ein Mikroorganismus der Erreger des Rundzellensarkoms des Hundes ist; er hat ihn aber noch nicht aufgefunden. Bezüglich der Theilhaberschen Anschauungen über die Entstehung von Sarkomen und Karzinomen siehe man unter „Karzinom", Nr. 195—198. Robert Meyer [Diskussion zu Warnekros („Myom", Nr. 176)] nimmt an, dass in dem Myom aus irgendwelchen lokalen Gründen einzelne Zellpartien nicht mit zu fertigen Muskelzellen ausreifen, sondern auf einem indifferenten Zellstadium stehen bleiben. Diese indifferenten Zellherde können nach jahrelangem Bestande eines Tages das Myom in Sarkom verwandeln.

Zur Diagnosenstellung der Sarkome teilt Metzenthin (30) einen Fall mit, in dem durch ein Sarcoma uteri eine Gravidität vorgetäuscht wurde. Bondi (6) konnte bei seiner Kranken die von Veit betonten profusen Diarrhöen feststellen, die nach der Operation aufhörten.

In bezug auf die operative Therapie sei auf das wiederholte Vorkommen von retroperitonealen Metastasen hingewiesen: Bondi (6), Goldenstein (17). Heinemann (19) beschreibt die Metastasierung maligner Tumoren im Zentralnervensystem. Ein Fall Blair Bells (5) zeigte schon 10 Wochen nach der Totalexstirpation Metastasen im Bauch; dagegen blieb eine Patientin Kakuschkins (22) rezidivfrei und vollständig gesund, trotzdem sie nach Abtragung von fibromatösen Uteruspolypen mit sarkomatöser Degeneration die Radikaloperation zurückgewiesen hatte.

Levy-Dorn (25) publiziert Dauererfolge der Röntgentherapie bei Sarkomen und Herrenschmidt (20) bestrahlt ein bei der Operation zurückgebliebenes Stück des Tumors mit Radium. Krönig und Gauss („Strahlentherapie der Myome", Nr. 50) halten es für theoretisch nicht von der Hand zu weisen, dass Sarkome in gleicher Weise wie die Myome auf intensive Tiefenbestrahlung antworten. Zum Thema der radiotherapeutischen Sarkombehandlung siehe man auch „Strahlentherapie der Karzinome", u. a. Fiuzi (5, p. 200), Kelen (3, p. 198), Mayer und Sand (4, p. 198), Meidner (5, p. 198) und Skinner (8, p. 199).

Vallois und Delmas (43) sahen während der Schwangerschaft allgemeine Sarkomatose auftreten bei einer Patientin, bei der vor zwei Jahren ein Melanosarkom der Haut in der Regio epigastrica exstirpiert worden war. Der melanotische Urin der Mutter fehlte bei dem Kinde vollkommen.

Ein Fall von Sarkom und Schwangerschaft, nach Wertheim operiert, wurde von Faure [siehe unter Karzinom und Schwangerschaft (3, p. 203)] publiziert.

Malinowsky (27) berichtet über einen Fall von Traubensarkom des Mutterhalses. Die 20jährige Primipara klagte über Heraustreten einer Geschwulst aus der Scheide und über Blutungen post coitum; schliesslich gesellten sich Schmerzen im Unterleibe und im Nabel hinzu. Die Vaginalportion ist in eine traubenförmige Geschwulst der hinteren Lippe verwandelt. Im Douglas alte Adhäsionen. Vaginale Uterusexstirpation. Nach sechs Monaten war Patientin noch gesund. Verf. gibt eine eingehende Beschreibung des Präparates. Der basale Teil des Tumors wies den Bau eines gewöhnlichen, stellenweise alveolären Sarkoms auf. Die peripheren Bezirke gaben ein ganz anderes Bild. Die Zellen waren den Elementen des embryonalen Bindegewebes sehr ähnlich (sternförmige Gestalt). In dem Netzwerk lagen runde und polygonale Zellen. In den peripheren Bezirken waren die Zellen hydropisch degeneriert (starke Vakuolenbildung, welche Fettgewebe nach Entfernung des Fettes simulierte). Stellenweise sah man muzinöse Degeneration, stellenweise Extravasate. Bemerkenswert war der Reichtum an Blut- und Lymphgefässen. Endlich fielen zahlreiche Höhlen auf, von denen die grösseren die zentralen Bezirke der Polypen einnahmen. Einige

dieser Höhlen waren mit Endothel ausgekleidet, andere mit echtem Epithel (hohe zylindrische, kubische und platte Zellen). Stellenweise wurde Proliferation des Epithels und Metaplasie des Zylinder- und Plattenepithels beobachtet.

Malinowsky führt aus der Literatur 10 Fälle von kombinierten Tumoren des Mutterhalses von mesodermalem Typus ohne heterologische Gebilde an, ferner 23 Fälle von heterologischen kombinierten Geschwülsten, eine grosse Reihe von Fällen, welche augenscheinlich auch in diese Klasse von Tumoren gehören und schliesslich sieben Fälle von Traubensarkom der Cervix. Er nimmt die Wilms-Meyersche Theorie an. In der Ätiologie spielt das Alter eine gewisse Rolle: von 41 Kranken hatten 14 ein Alter um 45 Jahre herum, 10 standen bereits im Klimakterium. Die Fortpflanzungstätigkeit übt keinen Einfluss auf das Entstehen aus. Von 27 Patientinnen, bei welchen die Generationsverhältnisse bekannt sind, waren 16 kinderlos, davon 8 unverheiratet. Dagegen weist die Anamnese der meisten Fälle auf entzündliche Erkrankungen der Gebärmutter, der Adnexe und des Beckenbauchfelles hin. Der Ausgangspunkt dieser Tumoren. deren Terminologie Verf. eingehend bespricht, ist entweder die Schleimhaut des Zervikalkanals oder, und zwar häufiger, die äussere Oberfläche der Portio. Im Falle des Verf. sass der Tumor auf der hypertrophierten hinteren Muttermundslippe, ausgehend aus der ektropierten Mukosa des Zervikalkanals. Die Grösse ist verschieden (walnuss- bis kindskopfgross). Im basalen Teile gleicht das histologische Bild dem des Sarkoms (rundzellig, selten spindelzellig). Je weiter von der Basis, je näher zur Peripherie, desto weniger Zellen, desto mehr Zwischensubstanz (durchsichtiges, homogenes Gewebe). Die Zellen sind meist gezweigt, sternförmig. Das Bild gleicht dem des myxomatösen Gewebes. Besonderes Interesse bieten die heterologen Einschliessungen (hyaliner Knorpel, quergestreifte Muskelzellen, selten elastisches, fettiges Gewebe). Die Geschwülste zeichnen sich durch hochgradige Malignität aus, rezidivieren und geben Metastasen. Die Prognose ist sehr schlecht. Die Behandlung besteht in möglichst früher und radikaler Operation.) (H. Jentter.)

Tichow und Grammatikati (202, p. 191) empfehlen ihre Methode der erweiterten Krebsoperation auch für schwerste Fälle, welche gewöhnlich für inoperabel gelten. Nach gründlicher Vorbereitung der Patientin im Laufe mehrerer Tage und Exkochleation der Krebsmassen Hedonalnarkose. Trendelenburgsche Lage. Medianschnitt in der Linea alba. Nach Besichtigung der Bauchhöhle Unterbindung der Ligg. infundibulo-pelvica und rotunda. Durchtrennung der Serosa parallel der Lin. innominata. Auffinden der Art. hypogastricae und Unterbindung an der Bifurkationsstelle. Entfernen der krebsigen Organe durch Abschälen von den Seitenwänden des Beckens; nach Spaltung des Blasenperitoneums in frontaler Richtung, Schnitt durch die hintere Blasenwand unterhalb des Tumors, Eröffnen und Durchtrennen der Scheide ebenfalls unterhalb des Tumors, Schnitt durch das gesunde Zellgewebe, durch Ureteren und Art. uterinae. Durchdringen ins pararektale Gewebe, Abpräparieren des Mastdarmes. Entfernen der ganzen Masse (Uterus mit Adnexen, Harnblase, Beckenzellgewebe, periphere Abschnitte der Harnleiter). Es bleibt die blutende Wundhöhle des kleinen Beckens, welche ausser dem Mastdarm nichts enthält. Blutstillung; Entfernen etwaiger Drüsen; Tamponieren der Beckenhöhle mit Drainage durch den Scheidenrest; Überdeckung des Beckens mit Bauchfell; Implantation der Ureteren in den Darm. Schluss der Bauchwunde, durch deren unteren Winkel ein Tampon herausgeleitet wird. Die Patientin verlässt am 20. Tage das Bett. Diarrhöen beginnen am sechsten Tage post op. Die Hauptmomente der Operation sind also folgende: Unterbinden beider Art. hypogastr., Entfernen der Harnblase, Abtrennen der peripheren Abschnitte der Harnleiter mit dem parametranen und paravesikalen Zellgewebe, Abtragen des oberen Scheidenabschnittes, Implantation der Harnleiter in den Mastdarm und Isolierung der Bauchhöhle vom kleinen Becken. Das Material des Verff. umfasst 69 Fälle, inoperabel waren 8 (12 %). Die übrigen 61 wurden operiert. Die Sterblichkeit betrug 31 % (19 Fälle). Das weitere Schicksal ist nur von vier Patientinnen bekannt (diese alle wohl). (H. Jentter.)

Chorionepitheliome.

1. Augier, D. et J. Poulain, Les vrais et les faux chorio-epithéliomes. Arch. gén. de chir. 1911. Nr. 5.
2. Baillet, Déciduome malin, hystérectomie vaginale. Guérison constatée un an après. Annales médico-chirurgicales du Centre. 1911. Nr. 51.

2a. Bertoloni, G., Contributo anatomo-patologico e clinico allo studio del corionepitelioma. (Con una tavola.) Pathologisch-anatomischer und klinischer Beitrag zum Studium des Chorionepithelioms (mit einer Tafel). Folia Gynaecologica. Vol. VII. Fasc. 1. p. 53. (Artom di Sant' Agnese.)

3. Cohn, F., Zur Ausbreitung des Chorioepithelioma malignum. Demonstr. Med. Verein in Greifswald. 21. Juli 1911. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 3. p. 143. (Rezidivtumor der Vulva neun Wochen nach der vaginalen Totalexstirpation des Uterus, innerhalb einer Woche bis Hühnereigrösse gewachsen. Synzytium- und Langhanszellenwucherung in gleichmässiger Beteiligung.)

4. Gruszczynski, Fall von Chorionepitheliom mit gleichzeitiger Tuberkulose des Uterusparenchyms. p. 513—514. Verhandl. d. Gyn. Sekt. d. poln. Naturf.-Versamml. Krakau. Juli 1911. Herausgegeben Krakau.

5. Heinricius, G., Über Deportation von Chorionvilli und Metastase in der Scheidenwand bei Mola hydatidosa uteri. Arbeiten a. d. geb.-gyn. Klinik zu Helsingfors. Bd. 13.

6. Hopkins, J. G., Demonstration eines Chorioepithelioms des Uterus. Proceedings of the New York pathol. Soc. 1911. May and Oct. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35. p. 1172. (Sektionsbefund. Ausgedehntes Chorioepithelioma des Uterus mit Metastasen in die Lig. lata, die Vagina, Lunge und Leber. Mikroskopisch fanden sich im Primärtumor nur vereinzelte synzytiale Zellen, in den Metastasen spärliche Langhanszellen. Meist bestanden die Knoten aus Blut und Fibrin.)

7. Jeanneret, L., Contribution à l'étude du chorio-epithélioma malin de la trompe. Revue de la Suisse Romande. Nr. 5. Ref. La Gyn. Nr. 8. p. 497. (Sektionsbericht. Lebermetastasen. Erwähnung von 10 anderen Fällen aus der Literatur. Es handelt sich um denselben Fall, wie Rossier (Nr. 19) [s. d.].)

8. Jellett, H., A case of Chorion Epithelioma with Secondary Deposits. Royal Acad. of Med. in Ireland. Sect. of Obst. Meeting on Jan. 5. Ref. The Lancet. Vol. 182. Jan. 27. p. 231. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 21. Nr. 1. p. 61. (Metastasen in der Scheide und in der Lunge. Der Tumor bestand ausschliesslich aus Elementen der Langhansschicht; keine Zotten oder Synzytialelemente. Keine Blasenmole vorangegangen. Diskussion: Rowlette, Falkiner, Fitz Gibbon.)

9. Kaiser, W. O., und W. J. Strobach, Vier Fälle von Chorioepithelioma malignum. Gyn. Ges. zu Dresden. Sitzg. vom 21. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28. p. 932. (Zwei nach Blasenmole, eine nach normaler Entbindung und eine nach Abort; nur die dritte Patientin wird durch sofortige vaginale Uterusexstirpation gerettet, ist jetzt, nach acht Jahren, noch am Leben und gesund. Diskussion: Strobach teilt ebenfalls einen Fall mit nach Blasenmole, der trotz abdominaler Totalexstirpation an Metastasen zugrunde geht. Kehrer will alle Frauen, bei denen eine Blasenmole entfernt wurde, viele Jahre lang in Beobachtung halten, da dem Chorionepitheliom in etwa 33—40 % der Fälle eine Blasenmole vorangeht und sie noch nach 8—9 Jahren nach der Blasenmole beobachtet wird. Klotz vernäht die Portio bei der abdominalen Totalexstirpation.)

9a. Kjargaard, S., Demonstration af mikroskopisk Praeparat af et Udskrab pa Uterus. Demonstration eines mikroskopischen Präparates von ausgeschabtem Material aus dem Uterus. (Chorionepitheliom?) Ges. f. Gyn. u. Obst. 8. Nov. 1911. Ref. Ugeskrift for Laeger. p. 1226—27. (O. Horn.)

10. Klotz, R., Ein Fall von primärem Chorioepitheliom des Ovariums, als Beitrag zur Frage des Epithelioma chorioectodermale. Hegars Beitr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 17. p. 369. (Mikroskopisch Chorionepitheliom aus beiden Zottenelementen: Syncytium und Langhansschen Zellen. Die genaue Durchforschung des Uterus und der Tuben ergab keinen Anhalt für einen an diesen Organen sitzenden Primärtumor. Anzeichen einer vorangegangenen Gravidität im Uterus oder in den Tuben waren gleichfalls nicht zu entdecken. Hiermit soll gewissermassen die Übergangsform vom Teratom zum Epithelioma chorioectodermale nachgewiesen sein.)

11. Littauer, A., Ein Fall von Blasenmole mit nachfolgenden Wucherungen von der Art des Chorionepithelioms. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Leipzig. Sitzg. vom 17. Juni. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51. p. 1729. (Im fünften Monat wurde mittelst vaginaler Hysterotomie bei einer 25 jährigen Igravida eine Blasenmole entfernt. Sechs Wochen später wird wegen äusserst heftiger Blutung der Uterus ausgetastet und aus der linken Tubenecke ein vorspringendes Gewebsstück entfernt. Mikroskopisch: Deciduabildung an der Uterusschleimhaut, ferner eine Molenzotte mit papillärer Wucherung der Epithelschicht und epitheliale Bildungen, die Verdacht auf Chorionepitheliom wachrufen.

Bei einer wiederholten Curettage 14 Tage nach der Entlassung von diesen Veränderungen nichts mehr gefunden. Man soll bei jungen Frauen bei Verdacht auf Chorionepitheliom mit der Totalexstirpation zurückhalten. Diskussion: Veit.)

12. Moschcowitz, E., Ein Fall von Chorioepithelioma des breiten Mutterbandes. Proceed. of the New York pathol. Soc. 1910. Nr. 7—8. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13. p. 412. (46jährige Multipara. Letzter Partus vor einem Jahre. Seit einem Jahre Dickerwerden des Leibes. Anderwärts curettiert. Bei der Operation findet sich ein orangegrosser Tumor des linken Lig. latum, ohne Zusammenhang mit Uterus und Adnexen. Patientin stirbt an Lungenmetastasen. Verf. nimmt an, dass es sich bei der vorhergegangenen Abrasio um eine Blasenmole gehandelt habe.)
13. Newton, Demonstration of a chorionepithelioma. North of England Obst. and Gyn. Soc. Meeting at March 15. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 21. Nr. 3. p. 187.
14. Penkert, M., Demonstration eines Falles von Chorioepithelioma malignum. Freie Vereinigung mitteldeutsch. Gyn. Sitzg. vom 21. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11. p. 329. (Im Uteruskavum fehlen Tumormassen vollständig; die rechten Adnexe sind durch den Tumor vollkommen ersetzt. Es wäre denkbar, dass das Primäre eine Tubengravidität und demzufolge der Tumor ein Chorionepitheliom der Tube wäre. Das Nächstliegende bleibt aber selbstverständlich der Ausgang von einer tief in die Uteruswand verschleppten Zotte.)
15. Petzalis, N. A., Über das späte Auftreten von Chorionepitheliomen. Monographie, Athènes, 1911. Erschien in Gyn. Helvet. Bd. 11. Herbst 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13. p. 412. Arch. mens. d'obst. et de gyn. 1 Année. Nr. 11. p. 432. (Im Anschluss an einen eigenen Fall, bei dem sieben Jahre nach der Entbindung die Neubildung auftrat, knüpft Verf. unter Berücksichtigung der Literatur Betrachtungen an über die Ätiologie und Pathogenese dieser Geschwulstart und berichtet eingehend über eigene histologische Untersuchungen der Uteruswand von sieben Frauen aus verschiedenen Schwangerschaftszeiten, einiger fötalen Plazenten, sowie Uterus und Plazenta von Katze, Hund und Kaninchen. Sie bestätigen ihm im grossen und ganzen die Untersuchungen Marchands. Vier bunte Tafeln.)
16. Polano, O., Über Chorionepitheliome mit langer Latenzzeit. Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. in München. Sitzg. vom 7. Juli. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 35. p. 1933. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 5. p. 597. (52jährige Frau, acht Geburten, zuletzt vor 10 Jahren, Menopause seit einem Jahr, erkrankt an einem karzinomähnlichen Tumor der Vagina mit Metastasen in derselben und in den Drüsen. Mikroskopische Untersuchung ergab Chorionepitheliom. In der Literatur finden sich bisher 34 Fälle mit langer Latenzzeit [bis zu 13 Jahren]. Die Prognose ist sehr schlecht, bisher noch keine Heilung über zwei Jahre.)

16a. Pusinich, G., Contributo allo studio delle alterazioni ovariche nella mola e nel corionepitelioma. Beitrag zum Studium der Eierstockveränderungen bei Blasenmole und Chorionepitheliom. Folia Gynaecologica Pavia. Vol. VII. Fasc. 3.

17. Resch, H., Über ein Chorionepitheliom. Diss. München. (Besondere Berücksichtigung des mikroskopischen Befundes; mehrere Mikrophotogramme. Die deletäre Wirkung der Chorionepitheliome vielleicht durch Annahme einer toxischen Wirkung zu erklären.)
18. Roncali, B., Beitrag zur Kenntnis des Chorionepithelioms. Il Tomassi 1911. Nr. 23, 24 und 25. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 2. p. 100. (Neue Kriterien zum Studium der Neoplasmen der Plazenta. Ebenso wie es solche chorioepithelialer Struktur gibt, gibt es solche decidualer Struktur und Karzinome choriodecidualen Charakters. Nebeneinanderstellung der einfachen vesikulären Mole, der destruierenden Mole, der einfachen Infiltration von Chorionzotten ins Myometrium und des Chorionepitheliom. Die Fälle der Literatur sollen sich bei sorgfältiger Prüfung weit eher als einfache Zotteninfiltration des Myometriums, denn als Chorionepitheliome herausstellen. Die Häufigkeit der letzteren soll weit geringer sein, als man nach der Literatur anzunehmen geneigt wäre. Sie schliesst sich auch an einen normalen Partus oder Abortus an.)
19. Rossier, G., Ein Fall von Chorioepithelioma malignum der Tube infolge Extrauterinschwangerschaft. Arch. f. Gyn. Bd. 97. Heft 3. p. 367. (Im Anschluss an den eigenen Fall bespricht Verf. kritisch die anderen 11 Fälle aus der Literatur. Eingehende pathologisch-anatomische und histologische Beschreibung des Falles. Die Diagnose wurde auf geborstene Extrauterinschwangerschaft gestellt, der Tumor wuchs aber in Grösse, bis er zwei Querfinger hoch oberhalb des Nabels reichte und in den Darm

perforierte. Patientin wurde äusserst anämisch [Hämoglobin 18 %] und magerte sehr ab. Sie starb an zunehmender Schwäche. Mikroskopisch typischer Befund. Lebermetastasen. Verf. schliesst mit der Mahnung zur Frühdiagnose und Frühoperation der Extrauterinschwangerschaft.)

20. Rushmore, Chorionepitheliome. The Boston med. and surg. Journ. Nr. 15.
21. Thompson, W., and M. J. Stewart, An Early Case of Chorionepithelioma Uteri. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 22. Nr. 3. p. 166. (45jährige Frau, fünfte Schwangerschaft; nach 12 Wochen geht Blasenmole ab; Curettage. Fünf Wochen später erneute heftige Blutung; abdominale Totalexstirpation, Heilung. Seit 14 Monaten rezidivfrei. Makroskopische und mikroskopische Beschreibung des Präparates. Die Malignität der Chorionepitheliome, welche im Anschluss an eine normale Gravidität entstanden sind, soll grösser sein, wie die im Anschluss an Blasenmole. Jedoch wechselt die Malignität, auch betreffs der Metastasenbildung, sehr. Aus dem mikroskopischen Bilde kann man darauf keine Schlüsse ziehen. In beiden Ovarien fanden sich Luteinzysten.)
22. Uhle, Demonstration eines Chorionepithelioms. Med. Ges. zu Chemnitz. Sitzg. vom 13. Nov. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1913. Nr. 3. p. 154. (Die 41 jährige VIIIpara wurde vor acht Wochen rechtzeitig normal entbunden. Keine Albuminurie, unregelmässige, teilweise sehr starke Blutungen. Bei der Austastung des puerperal vergrösserten Uterus fühlt man rechts oben im Fundus ein weiches Gerinnsel, das entfernt wird. Abrasio mucosae nicht besonders ergiebig. Mikroskopisch Chorionepitheliom. Einbrechen der synzytialen Geschwulstzellen in die Muskulatur sichtbar. Abdominale Totalexstirpation. Die Gefässe des linken Lig. latum sind durchgehends thrombosiert. Heilung.)
23. Vautrin und Hoche, Chorioépithéliome et môle hydatiforme. Réunion obst. et gyn. de Nancy. Séance du 20 Nov. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 1 Année. Nr. 8. p. 940. (Bei einer 25jährigen ein Jahr nach Abgang einer Blasenmole ein Chorionepitheliom. Abdominale Radikaloperation.)
24. Vitrac, J., et Brandois, Placentome malin; hystérectomie partielle; guérison persistant trois ans après l'intervention. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux. Séance du 17 Mai. Ref. La Presse méd. Nr. 67. p. 689. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Nr. 10. p. 267. (40jährige Frau; vier Wochen nach einer Fehlgeburt im zweiten Monat dauernde Blutungen. Hühnereigrosser, derber glatter Tumor der hinteren Cervixwand, der diffus in die Muskulatur übergeht. Exzision bis auf die Serosa, da Patientin Hysterektomie verweigert. Heilung. Seit drei Jahren rezidivfrei.)

Zusammenhang zwischen Gravidität (eventuell Blasenmole) und Chorionepitheliom wurde in den Fällen von Heinricius (5), Kaiser und Strobach (9), Littauer (11), Moschcowitz (12) und Thompson und Stewart (21) festgestellt. Kehrer [Diskussion zu Kaiser und Strobach (9)] will alle Frauen, bei denen eine Blasenmole entfernt wurde, viele Jahre in Beobachtung halten, da dem Chorionepitheliom in etwa 33—40 % der Fälle eine Blasenmole vorangeht und sie noch 8—9 Jahre nach der Blasenmole beobachtet wird. Solche Fälle langer Latenzzeit sind auch von Petzalis (15) und Polano (16) veröffentlicht worden. Die Prognose soll dabei besonders schlecht sein (Polano). Keine Gravidität war vorangegangen in den Fällen von Jellett (8) und Klotz (10). Nach normaler Entbindung wurden von Kaiser und Strobach (9), Petzalis (15), Polano (16) und Uhle (22) Chorionepitheliome beobachtet. Nach Thompson und Stewart (21) soll die Malignität der Chorionepitheliome, welche im Anschluss an eine normale Gravidität entstanden sind, viel grösser sein, wie die im Anschluss an Blasenmole. Aus dem mikroskopischen Bilde kann man aber auf die Malignität derselben keine Schlüsse ziehen; diese wechselt sehr, auch betreffs der Metastasenbildung. Meist findet man mikroskopisch Syncytium- und Langhanszellenwucherung in gleichmässiger Beteiligung [Cohn (3), Klotz (10)]. Jellett (8) dagegen beschreibt einen Fall, bei dem der Tumor ausschliesslich aus Elementen der Langhansschicht bestand; es wurden keine Zotten und Synzytialelemente gefunden. Hopkins (6) fand im Primärtumor nur vereinzelte synzytiale Zellen, in den Metastasen spärliche Langhanszellen. Roncali (18) kommt aus der Nebeneinanderstellung der einfachen vesikulären Mole, der destruierenden Mole, der einfachen Infiltration von Chorionzotten ins Myometrium und des Chorionepithelioms zu dem Schluss, dass die Häufigkeit der letzteren weit seltener ist, als man nach der Literatur anzunehmen geneigt wäre, da die meisten Fälle sich bei sorgfältiger Prüfung weit eher als einfache Zotteninfiltration des Myometriums, denn als Chorionepitheliome herausstellen. Heilung durch Operation (vaginale oder abdominale Hysterektomie)

wurde von Baillet (2), Kaiser und Strobach (9), Thompson und Stewart (21) erzielt. Littauer (11) beschreibt einen wichtigen Fall (s. o.). Vitrac und Brandois (24) fanden vier Wochen nach einer Fehlgeburt im zweiten Monat einen hühnereigrossen, derben, glatten, diffus in die Muskulatur übergehenden Tumor der hinteren Cervixwand. Obschon die Patientin die Hysterektomie verweigerte und deshalb der Tumor nur bis auf die Serosa exzidiert wurde, ist die Patientin trotzdem schon mehr als drei Jahre rezidivfrei. Dagegen mahnt Rossier (19) zur Frühdiagnose und Frühoperation. Er beschreibt einen Fall von Chorionepitheliom der Tube in der Folge einer Extrauteringravidität mit tödlichem Ausgang. Jeanneret (7) und Penkert (14) erwähnen ähnliche Fälle. Penkerts Fall lässt aber auch den Ausgang der Geschwulst von einer tief in die Uteruswand verschleppten Zotte möglich erscheinen. Ein Fall von Chorionepitheliom des Lig. latum wurde von Moschcowitz (12) veröffentlicht, während Klotz (10) einen Fall von primärem Chorionepitheliom des Ovariums beobachtete und beschrieb. Letzterer Fall soll die Übergangsform abgeben vom Teratom zum Epithelioma chorioectodermale; Anzeichen einer vorangegangenen Gravidität waren weder im Uterus, noch in den Tuben zu entdecken. Der Ausgang des Chorionepithelioms ist in den meisten Fällen ungünstig, sogar nach Operation [Cohn (3), Kaiser und Strobach (9), Moschcowitz (12)]. Metastasen resp. Rezidive wurden gefunden in der Scheide von Cohn (3), Heinricius (5), Hopkins (6) und Jellett (8); in der Lunge von Hopkins, Jellett und Moschcowitz (12), in der Leber von Hopkins und Jeanneret (7). Klotz [Diskussion zu Kaiser und Strobach (9)] empfiehlt bei der abdominalen Totalexstirpation die Vernähung der Portio, um Impfmetastasen zu vermeiden.

Sonstiges.

1. Albertin et Bouget, Néoplasme du col au début. Soc. des sciences méd. de Lyon. Séance du 28 Févr. Lyon méd. p. 1210.
2. Amann, J. A., Demonstration von drei Fällen von Adenomyositis retro-uterina; bei zwei Fällen Ausgang vom Serosaendothel nachgewiesen. Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. in München. Sitzg. vom 7. Juli. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 5. p. 591.
3. — Demonstration eines rosenförmigen Polypen der Cervix uteri. Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. in München. Sitzg. vom 7. Juli. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 35. p. 1932.
4. Commandeur et A. Lacassagne, Expulsion spontanée et isolée d'une tumeur intrautérine au cours d'un avortement. Réunion obst. et gyn. de Lyon. Séance du 10 Juin. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 1 Année. Nr. 6. p. 657. La Gyn. Nr. 8. p. 482. (Eine Patientin bringt einen Tumor, der ihr angeblich soeben beim Blasensprung eines Aborts im fünften Monat abgegangen sein soll. Es handelt sich um einen fast nierengrossen, in der Struktur einem Angiom entsprechenden Tumor ohne Stiel, woran der Insertionsmodus nicht zu erkennen ist. Auch an der ganz normalen Plazenta ist später eine Insertionsstelle des Tumors nicht nachzuweisen. Verff. meinen aber doch, es könne sich nur um einen Plazentartumor handeln.)
5. Fitz-Gerald, G., A case of malignant cyst-adenoma of the cervix uteri. A unique specimen. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. 1911. Nov. p. 239. (Kasuistisch. Krankengeschichte und genaue pathologisch-anatomische Untersuchung des Präparates. Eine photographische Aufnahme, eine schematische Zeichnung des Uterus, sowie zwei Mikrophotographien.)
6. Frankl, O., Uteruszyste. Arch. f. Gyn. Bd. 93. Heft 3. p. 649. (Der Fundus uteri besteht scheinbar aus zwei Säcken, einem äusseren dickwandigen, rein muskulösen Sack und einem inneren dünneren, der ebenfalls zum grössten Teil aus Muskelfasern besteht. Sowohl die innere Oberfläche des äusseren Sackes, als auch beide Oberflächen des inneren Zystensackes sind mit hochkubischem, einreihigem Epithel mit regelmässig, nahe der Basis stehendem tiefblau gefärbtem Kerne ausgekleidet. Es handelt sich um das Einwachsen einer kuglig entfalteten, zystischen Drüse in eine zweite, schlaffe Drüse, welche sich bogenförmig um die erstere herumlegt. Verf. neigt zu der Ansicht, dass es sich um Abschnürung von Teilen des Müllerschen Ganges handelt.)
7. Füth, H., Erfordert die auf das Rektum übergreifende Adenomyositis die Darmresektion? 84. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Münster i. W. Sept. Ref. Zen-

tralbl. f. Gyn. Nr. 41. p. 1356. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 44. p. 2110. (Die Frage wird verneint. Drei Fälle zeigen, dass auch bei ausgedehnter Stenosierung des Rektums die Resektion nicht notwendig, da nach der Entfernung des Haupttumors mit dem Uterus eine vollständige Rückbildung erfolgt.)

8. Gauthier, Contribution à l'étude des tumeurs mixtes du col de l'utérus. Thèse de Montpellier. 1911. Juillet.

9. Jessup, Hodgins disease involving the Uterus. Amer. Journ. of Obst. Sept. p. 401.

10. De Josselin de Jong, R., Ein Hypernephrom (Grawitz) des Uterus. Verh. d. Nied. gyn. Ges. 30. April 1911. (Zufällig bei der Sektion einer an Meningitis gestorbenen Frau gefunden, bei der in der linken Tubenecke das Hypernephrom als kleiner gelber Tumor sich vorfand.) (W. Holleman.)

11. Meyer, R., Über eine unbekannte Fehlbildung, ein unter seröser Oberfläche vorspringendes Haematoma haemangiectaticum corporis uteri. Charité-Annalen. 35. Jahrg. (Bei einer 50jährigen Multipara fand Verf. nahe der rechten Tubenecke auf der Hinterwand des Uterus ein kleines Knötchen, das mikroskopisch aus einem Konvolut von dilatierten Arterien, Venen und kräftigen Nervenbündeln bestand. Verf. deutet die Geschwulst als eine kongenitale Fehlbildung.)

12. Michel, G., Tumeur polikystique du col utérin à contenu colloïde. Réunion obst. et gyn. de Nancy. Séance du 15 Mai. Ref. La Gyn. Nr. 7. p. 422. Als Original erschienen in Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. 7 Année. Nr. 9. Sept. (Demonstration eines zystischen, gestielten Tumors der Cervix einer 30jährigen Virgo, einfach im Stiel abgetragen. Mikroskopisch handelt es sich um erweiterte Cervixdrüsen. Diskussion: Vautrin; Infektion soll Ursache der Drüsenhypertrophie sein.)

13. Ogórek, H., Demonstration zweier Uteri mit besonders grossen polypösen Adenomen der Korpusschleimhaut; in dem einen ausserdem noch mehrere kleine, intramurale und subseröse Myome und ein drüsiges, wahrscheinlich auf dem Boden eines Polypen entstandenes Karzinom der Cervix. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 16. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35. p. 1088. (Diskussion: Latzko, Schottlaender.)

14. Renisch, H., Ein Beitrag zur Adenomyositis uteri et recti. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. Heft 2. p. 585. Ref. La Gyn. Nr. 9. Sept. p. 561. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Nr. 11. p. 443. (Ein bei einer 31jährigen Nullipara der Hinterfläche der Portio des normalen Uterus und dem Scheidengewölbe aufliegender Tumor, der sich weder von der Vaginalschleimhaut, noch von der Vorderfläche des Rektums verschieben liess. Abdominale Totalexstirpation des Uterus mit Adnexen im Zusammenhange mit dem retrocervikal gelegenen Tumor und einer fünfmarkstückgrossen Partie der vorderen Rektalwand. Diagnose: entzündlich hyperplastischer Vorgang des retrocervikalen Gewebes mit Übergreifen der adenomatösen Bestandteile auf die Rektumwand, also eine Serosaadenomyositis uteri et recti nach Robert Meyer. Wenn keine Rektumstenose vorhanden, ist die Exstirpation ohne Rektumresektion vorzunehmen.)

15. Rössle, R., Steinbildung im Uterus. Münchn. gyn. Ges. Sitzg. vom 13. Juli 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2. p. 55. (Einjähriges Mädchen. Der Stein, der die Lichtung des Uterus samt den Tubenecken bis in den Cervixkanal völlig ausfüllt, besteht aus einer mit kohlensaurem Kalk imprägnierten fädigen Grundmasse mit eingeschlossenen nekrotischen Zellen. Im unteren Teil der Cervix fanden sich unverkalkte ähnliche Massen mit noch lebenden Zellen [Epithelien]. Die Schleimhaut des Uteruskörpers zeigt mikroskopisch keine Entzündungserscheinungen, sondern nur einfache Dehnung. Zur Erklärung der Steinbildung wäre, was die Herkunft der verkalkten Massen anlangt, an die Produkte von sog. Neugeborenenmenstruation, von fibrinöser Endometritis zu denken; jedoch fehlen Reste von Blut.)

16. — Maligner Tumor des Uterus bei einem 10jährigen Mädchen mit grossen Metastasen. Münchn. gyn. Ges. Sitzg. vom 13. Juli 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2. p. 56. (Mikroskopisch ist die Diagnose nicht sicher zu stellen. Es handelt sich um grosse, völlig lockere Komplexe gänzlich indifferenter Zellen von embryonalem Charakter, am ehesten noch erinnernd an gewisse grosszellige Ovarialkarzinome oder an die Zellen bei den sog. Zwischenzellensarkomen des Hodens.)

17. Schlagenhaufer, F., Ein Fall von Chloroleukämie mit grünem Uterus. Arch. f. Gyn. Bd. 95. Heft 1. p. 1. (Eine Lymphoblasten-Chlor-Leukämie, mit durch leukämische Infiltration der Uteruswände und -Schleimhaut erzeugte Grünfärbung der Gebärmutter.)

18. Schubert, M. E., Zystenbildungen in der Cervix uteri. Diss. Jena. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1911. Bd. 69. Heft 2. p. 364. (Exstirpatio uteri wegen Prolaps bei

47jähriger Frau. Starke zystische Degeneration der Portio und Cervixschleimhaut. Die grossen Schleimhautzysten haben Zylinderepithel, ebenso die Zysten der Cervix, doch fehlt eine Basalmembran.)

19. Vautrin, Inversion utérine par tumeur d'origine Müllerienne chez un enfant. Réunion obst. et gyn. de Nancy. Séance du 15 Mai. Ref. La Gyn. Nr. 7. p. 421. (15jähriges Mädchen, seit acht Monaten menstruiert. Innerhalb von etwa zwei Monaten sieht man sich spontan eine apfelsinengrosse Inversio uteri entwickeln. Der Versuch der Reinversio gelingt erst, nachdem an der hinteren Cervixwand eine walnussgrosse Zyste geplatzt ist, welche die Ursache der Inversio war. Es handelt sich um eine Zyste des Müllerschen Ganges an typischer Stelle. Diskussion: Job hat bei einem neugeborenen Mädchen eine aus der Vulva vorragende Zyste beobachtet, aus der er durch Punktion etwa 150 ccm Flüssigkeit entleerte. Es soll sich dabei sicher nicht um ein verschlossenes Hymen gehandelt haben.)

20. Volk, F., Ein seltener Fall von Adenometritis uteri bei einer 25jährigen Virgo, durch Amputatio supravaginalis behandelt. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. Gyn. Rundschau. Nr. 9. p. 321. (Starke Metrorrhagien, Diagnose Myom. Laparotomie. Da sich bei der Eröffnung des Uterus das Kavum gefüllt mit weichen Massen erwies, die den Verdacht der Malignität erweckten, so wurde die supravaginale Amputation des Uterus ausgeführt. Genaue Beschreibung des mikroskopischen Befundes.)

Amann (2), Füth (7) und Renisch (14) beobachteten Fälle von Adenomyositis uteri et recti. Der Ausgang vom Serosaendothel konnte dabei nachgewiesen werden. Alle drei Autoren sind sich darüber einig, dass Rektumresektion bei der Exstirpation der Neubildung nicht notwendig ist; nach Entfernung des Haupttumors mit dem Uterus erfolgt eine allmähliche, aber vollständige Rückbildung der Geschwulst. Jessup (9) beschreibt einen Uterus bei Hodgkinscher Krankheit, während Schlagenhaufer (17) einen nicht weniger seltenen Fall von Grünfärbung der Gebärmutter bei Chloroleukämie beobachtet hat. Interessant, das Thema erschöpfend und schön illustriert ist die Arbeit Fitz-Geralds (5) über Cystadenoma malignum der Cervix uteri. Michel (12) beobachtete einen polypösen, polyzystischen, anscheinend nichtmalignen Tumor der Cervix und Schubert (18) fand an einem wegen Prolaps exstirpierten Uterus starke zystische Degeneration der Portio und der Cervixschleimhaut. Nach Vautrin [Diskussion Michel (12)] soll Infektion Ursache der Drüsenhypertrophie sein. Ogórek (13) und Volk (20) veröffentlichen Fälle von Adenometritis uteri. Uteruszysten scheinen nicht selten zu sein; es wurden solche von Frankl (6), Vautrin (19) und Job [Diskussion Vautrin (19)] beschrieben. Allgemein neigt man zu der Ansicht, dass es sich um Abschnürung von Teilen des Müllerschen Ganges, vielleicht nicht der Hauptgänge, sondern um Abkömmlinge drüsenartiger Einstülpungen handelt (Frankl). Meyer (11) fand ein unter seröser Oberfläche vorspringendes Haematoma haemangiectaticum der Hinterwand des Uterus. Wegen der Plazentartumoren [Commandeur und Lacassagne (4)] schlage man das betreffende Kapitel der Geburtshilfe nach.

VIII.

Physiologie und Pathologie der Menstruation.

Referent: Prof. Dr. Reifferscheid.

1. Amersbach, R., Über die Gerinnungsfähigkeit des Blutes während der Menstruation. Inaug.-Diss. Heidelberg 1911. (In 70 % der Fälle ist eine Beschleunigung der Gerinnung während der Menses zu konstatieren, in 16 % zeigt sich kein Einfluss der Menses, in 14 % wurde eine Verlängerung beobachtet. Bei den beiden letzten Kate-

gorien fanden sich deutliche Veränderungen am Uterus und Ovarien. Die Gerinnungszeit des Blutes ist um so schneller, je grösser der Blutverlust ist.)

2. Bab, Diskussion zu dem Vortrag von Ogórek: „Über funktionierendes Ovarium bei nie menstruierter Frau." (Siehe Jahresber. f. 1911.) Geb.-gyn. Ges. in Wien. 13. Juni 1911. (Auf Ovarialhypofunktion beruhende Amenorrhoe geht mit Lipoidanreicherung des Blutes einher. Niedriger Lipoidgehalt bei Amenorrhoe weist mit Wahrscheinlichkeit auf funktionierende Eierstockselemente hin. Amenorrhoische zeigen oft niedrigen Körperwuchs und neigen zu Adipositas, soweit es sich nicht um den mageren infantilen Typ handelt. Häufig finden sich Hypotrichosis und auch an den männlichen Typus erinnernde Hypertrichosis. Die Amenorrhoe kann als Teilsymptom familiärer konstitutioneller Störungen vorkommen. Osteomalacie und totale Amenorrhoe schliessen sich nicht unbedingt aus. Bei Amenorrhoe sezernieren in einem Teil der Fälle die Brüste Kolostrum. Dabei kann sich noch ein Anschwellen der Thyreoidea finden.)

3. Below, N. A., I. Über Periodizität der Funktionen des weiblichen Organismus. II. Einleitung in die Lehre über die innere Sekretion der weiblichen Genitalien. Ein Versuch der Charakteristik der Hormone des Eierstocks. Charkow 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 4. (Im Organismus der Frau wechseln zwei Perioden von je zwei Wochen Dauer, die der Schwächung — menstruelle, mit der Periode der Verstärkung — intermenstruelle. In der ersten werden Temperatur, Puls, Blutdruck, Atemzahl, Lungenkapazität, Gewicht, Ausscheidung des Stickstoffes, Chloride und Phosphate vermindert, die Muskelkraft wird erhöht. In der zweiten Periode ist es umgekehrt.)

4. Blacker, G. J., Dysmenorrhoe. Practitioner. Oct. 1911.

5. Boldt, The treatment of bleeding from the genitalorgans of women. Amer. Journ. of Surg. June.

6. Bonnier, M. P., Les centres gonostatiques et le rythme mensuel. Soc. de biol. 18 Mai. Paris. Ref. La Presse méd. Nr. 42. (Die Reizung gewisser Zentren auf nasalem Wege nach Fliess vermag bei Dysmenorrhoe den normalen menstruellen Rhythmus wieder herzustellen.)

7. Bovis, de, La douleur intermenstruelle. Sem. méd. 1911. Nr. 26.

8. Branch, J. R. B., Normale und abnormale Menstruation. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of women and childr. August. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51. (Jede Störung des geregelten Zusammenwirkens aller Drüsen mit innerer Sekretion führt zu Menstruationsanomalien, die auf diese Weise dreimal so häufig entstehen, als durch Veränderungen im Genitalapparat. Es muss dann dasjenige Drüsenextrakt gesucht werden, das das gestörte Gleichgewicht in der Hormonproduktion wieder herstellt. Bei vielen Menstruationsanomalien namentlich der Dysmenorrhoe ist durch Zufuhr von Kalziumchlorid Heilung oder Besserung zu erzielen.)

9. Bromwall, Menstruation, normal and abnormal. The Amer. Journ. of Obst. August.

11. Casalis, G. A., Lipektomie als Therapie der Fettsucht und Menstruationsstörung. Bericht über zwei Fälle. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Jan. (Zwei Fälle, in denen nach dem Herausschneiden grösserer Fettmassen aus den Bauchdecken nach Kelly die vorher amenorrhoischen Frauen wieder regelmässig menstruierten. Die Lipektomie erscheint also bei jungen Frauen indiziert, wenn plötzlich ein übermässiger Fettansatz und gleichzeitig Amenorrhoe auftritt. Die Operation ist ungefährlich und vermag in geeigneten Fällen durch günstige Beeinflussung des Stoffwechsels die Ovarialfunktion wieder herzustellen.)

12. Cheval, M., L'anatomie microscopique de la muqueuse utérine avant, pendant et après la menstruation. Soc. d'anat. pathol. de Bruxelles. 18 Avril. Ref. La Presse méd. Nr. 58. (Besprechung der regelmässig periodisch auftretenden Veränderungen der Uterusschleimhaut.)

13. Col, Menstrual disorders of obscure origin. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of women and childr. 1911. May.

14. Cowen, J., A case of retained menses. The Practitioner. 1911. Nr. 5.

15. Dalché, Intermenstruelle Dysmenorrhoe. Journ. de méd. et de Chir. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 37. (Klinische Vorlesung. Bei der Behandlung ist hauptsächlich der Allgemeinzustand zu berücksichtigen.)

16. Deverre, Behandlung gewisser Fälle von Dysmenorrhoe und Sterilität. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. 1911. Nr. 10. (Bei Stenose der Cervix, spitzwinkliger Anteflexio und Leukorrhoe als Ursache der Dysmenorrhoe genügt die einfache Dilatation

nicht, es ist eine plastische Operation nötig, die nach dem Verf. so auszuführen ist, dass eine Querspaltung der Portio resultiert.)

17. Dienst, A., Die Ursache für die Gerinnungsfähigkeit des Blutes bei der Menstruation. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 51. (Während der Fibrinogengehalt des Menstrualblutes normale, ja eher höhere Werte als in der Norm aufweist, ist die Fibrinfermentmenge eine verhältnismässig viel zu geringe. Für den Eintritt der Gerinnung fehlt also das richtige Konzentrationsverhältnis der beiden Substanzen. Der Gehalt des Menstrualblutes an Antithrombin ist weit grösser als der Antithrombingehalt des zirkulierenden Blutes derselben menstruierenden Frau. Der Ort der vermehrten Antithrombinbildung ist die Uterusschleimhaut.)

18. Dirks, M., Über Veränderungen des Blutbildes bei der Menstruation, bei Menstruationsanomalien und in der Menopause. Arch. f. Gyn. Bd. 97. Heft 3. (Das Blutbild hat die Tendenz, während der Menstruation sich zugunsten der Lymphozyten zu verschieben. In etwa der Hälfte der Fälle besteht eine geringe relative Vermehrung der Leukozyten während der Menstruation. In etwa zwei Drittel der Fälle ist eine Zunahme der Eosinophilen zu verzeichnen. Bei Menorrhagien findet man hohe Gesamtleukozytenzahlen manchmal mit relativer Leukozytose und entsprechender Verminderung der Lymphozyten, bald mit relativer Lymphozytose, bei einigen ausserdem Eosinophilie, welche bei starken Blutungen hohe Grade erreichen kann. Amenorrhoe geht mit relativer Lymphozytose und niedrigen Eosinophilenzahlen einher. Nach Kastration besteht in der überwiegenden Mehrzahl eine relative Lymphozytose. Der Befund der Eosinophilen ist nicht charakteristisch.)

19. Duprat, Verspätete Pubertät in ihren Beziehungen zur Fruchtbarkeit und Menopause. Thèse de Paris. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1. (Je später eine Frau menstruiert ist, um so häufiger sind Störungen der Menstruation, um so später wird die Frau schwanger und um so geringer ist die Fruchtbarkeit überhaupt, um so eher tritt auch die Menopause ein.)

20. Engel, E., Die Skarifikation des Uterus in der Hand des praktischen Arztes. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 14. (Bericht über Heilung jahrelanger Dysmenorrhoe durch 15—20 mal wiederholte Stichelung der Portio.)

21. Findley, P., Menstruation ohne Ovarien. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of wom. and childr. July. (Bericht über einen Fall, in dem nach Entfernung der Ovarien die Menstruation regelmässig blieb. Der Beweis, dass nicht doch noch Ovarialgewebe im Organismus vorhanden ist, ist nicht zu erbringen.)

22. Forgue, E., und G. Massabuau, Die Metrorrhagien der Menopause, Metrorrhagien ovariellen Ursprungs. Presse méd. Nr. 79. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51. (Die Ursache der Metrorrhagien liegt in der inneren Sekretion der Ovarien, in der Wirkung der Hormone. Anatomisch findet das seinen Ausdruck in der Vermehrung der Zahl der follikulären Atresien und der damit gegebenen Neubildung von Luteinzellen [Thekaluteinzellen].)

23. Frankl, O., und B. Aschner, Zur quantitativen Bestimmung des tryptischen Ferments in der Uterusmukosa. Gyn. Rundschau. 1911. Heft 17. (Im prämenstruellen Stadium ist der Trypsinreichtum ein sehr bedeutender, im Intervall wechselt er sehr stark und im postmenstruellen Stadium ist er unter physiologischen Verhältnissen äusserst gering.)

24. Friedrich, M., Amenorrhoe und Phthise. Gyn. Ges. zu Breslau. 27. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. (Die Phthise spielt unter den Ursachen der Amenorrhoe eine grosse Rolle [15 %]. Bei Spitzenaffektion und mittelschwerer Tuberkulose wurde Amenorrhoe in 50 % gefunden, bei Endstadien in 89 %. Das Auftreten der Amenorrhoe ist ein prognostisch schlechtes Zeichen.)

25. Fromme, F., Zur Behandlung der Amenorrhoe. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41. (Empfehlung der Einspritzung von Pituglandol bei Amenorrhoe. Von 12 Patienten wurden 5 geheilt, bei 2 war der Erfolg zweifelhaft, bei 5 anderen negativ. Die Injektionen wurden täglich ausgeführt. Bis zu 30 ccm wurden ohne Schaden vertragen. Am besten geeignet sind Frauen mit übermässigem Fettansatz, die eine Störung der inneren Sekretion vermuten lassen.)

26. Gaglio, Contribution à l'étude de la dysménorrhoe. Thèse de Lyon. 1910.

27. Gallant, Delayed menopause. New York med. Journ. 1910. Nr. 24.

28. Glass, Die Menstruationsverhältnisse der Stillenden. Freie Vereinigung mitteldeutsch. Gyn. 28. April. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. (Von 1200 Laktierenden waren 60 % amenorrhoisch. 467 Frauen = 39 % waren absolut amenorrhoisch. Eine Anzahl

Frauen stillten trotz eintretender Neukonzeption bis zu neun Monaten weiter. Bei einer weiteren Gruppe von Frauen fand sich teils regelmässige Menstruation, teils Amenorrhoe.)

29. Goelet, Amenorrhoea and scanth menstruation. Internat. Journ. of Surg. 1910. Nr. 4.

30. Greig, D. M., und J. A. Kynoch, Vikariierende Menstruation. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. March. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51. (Bei einem 14jährigen Mädchen regelmässige, zum Teil starke Blutungen aus einer Drüsenabszessfistel an der linken Backe während 1½ Jahren. Nach Heilung der Fistel ebensolche Blutungen aus dem inneren Canthus des linken Auges, während eines halben Jahres, dann normale regelmässige Menstruation.)

31. Hantke, Zur Pathologie der menstruellen Blutung. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Sammelreferat.

32. Heaney, Periodic intermenstrual pain. Surg., Gyn. and Obst. 1910. Nr. 4.

33. Hirschberg, A., Über menstruierende Fisteln. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 37. (Zwei Fälle, in denen nach unvollkommener Adnexoperation Tubenfisteln zurückblieben, die während jeder Menstruation Blut absonderten. Die Tubenschleimhaut beteiligt sich also am Menstruationsvorgang.)

34. Van der Hoeven, Die Schleimhaut der Gebärmutter. Arch. f. Gyn. Bd. 95. (Bei normal menstruierenden Frauen ist im allgemeinen der Hitschmann-Adlersche Zyklus festzustellen. Ausnahmen kommen aber vor. Auch bei profusen und unregelmässigen Blutungen ist der Zyklus im allgemeinen wahrnehmbar. Bei Uterusblutungen liegt die Ursache bei einem Teil der Fälle im Endometrium, wahrscheinlich in den Blutgefässen. Sie sind durch Curettage zu heilen. In einem anderen Teil liegt die Ursache ausserhalb des Endometriums, sei es ausserhalb, sei es im Uterus. Hier nützt die Curettage nichts.)

35. Hofstätter, R., Zur Behandlung der Amenorrhoe. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46. (Bei 33 Frauen, bei denen die Amenorrhoe auf primäre Hypoplasie des Uterus oder der Ovarien, auf allgemeinen Infantilismus, auf Atrophien der Gebärmutter infolge Laktation, Anämie, kachektische Zustände, auf nervöse Momente sowie auf leichtere Adnexerkrankungen zurückzuführen war, trat in zwei Drittel der Fälle nach wenigen Injektionen von Pituitrin eine Genitalblutung mit allen Zeichen der normalen Menstruation ein. Nur in einem Drittel konnte die Periode durch seltenere Injektionen und Darreichung von Hypophysistabletten (Poehl) in Gang erhalten werden. Das Allgemeinbefinden bessert sich auch bei Ausbleiben der Blutung. In Fällen von stärkerer Adipositas empfiehlt es sich ausserdem, intern Thyreoidpräparate zu geben.)

36. Hollos, M. J., L'étiologie tuberculose des troubles menstruels. Congr. internat. de la tuberculose. Rome. Avril. Ref. La Presse méd. Nr. 35. (Die Tuberkulose ist sehr häufig die Ursache menstrueller Störungen.)

37. Hollos, J., A menstruatiós zavarok gümökóros eredete. Orvosi Hetilap. Nr. 34. (Menstruationsstörungen, wie die späte Menarche, Amenorrhoe, Dysmenorrhoe, oder zu häufige und reichliche Blutungen sind als Tuberkeltoxinwirkungen zu betrachten. Je grösser die Immunität des Organismus, um so ausgeprägter sind diese Intoxikationserscheinungen und ist daher ihr Fehlen bei Tuberkulose prognostisch ungünstig.) (Temesváry.)

38. Hower and Marden, Case of complete amenorrhoea with heredity as a probable etiological factor. Surg., Gyn. and Obst. 1911. Nr. 3.

39. Jacobs, Ch., Die Radiumbehandlung der Dysmenorrhoea membranacea. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. VII. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 37. (Von drei bisher erfolglos behandelten Fällen wurden zwei durch intrauterine Radiumbehandlung geheilt, der dritte gebessert.)

40. Jägerroos, B. M., Zur Kenntnis der Veränderungen der Eileiterschleimhaut während der Menstruation. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. (Die menstruellen Veränderungen sind in der Tube ähnlich wie im Uterus zyklisch. Während des prämenstruellen Stadiums findet sich in dem Bindegewebe Hyperämie, Ödem und Auflockerung. Im Epithel finden sich neben gewöhnlichen, zylindrischen Flimmerzellen einerseits lichtere, oft unregelmässig vergrösserte, mit verhältnismässig kleinen Kernen versehene Elemente, welche in der Regel auch Flimmerhaare und immer eine deutliche Basalmembran besitzen; andererseits schlanke, dunkle, mit verhältnismässig grossen langen Kernen versehene Zellen, bei denen die Flimmerhaare und Basalmembran fehlen. Findet sich Blut im Tubenlumen, so handelt es sich entweder um einen durch Entzündung

bewirkten Blutaustritt [Endosalpingitis haemorrhagica] oder auch um eine Rückstauung des Blutes vom Uterus her.)

41. Imchanitzky-Ries, M.. und J. Ries, Die arsenspeichernde Funktion der Uterindrüsen als Ursache der Menstruation. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 20. (Die Verf. konnten einen periodisch wechselnden Arsengehalt der Uterinschleimhaut nachweisen. Die Schleimhaut des Uterus ist während der Menses nur schwach arsenhaltig. Im postmenstruellen Stadium waren keine Arsenspuren nachweisbar. In der Zwischenzeit war deutlich Arsen nachweisbar: der meiste Arsengehalt fand sich in der Zeit der prämenstruellen Schwellung. Der Uterus speichert also in der intermenstruellen Zeit Arsen an und wird periodisch arsenfrei [im postmenstruellen Stadium]. Verf. machen den Versuch, diese Befunde in ursächlichen Zusanmmehang mit dem periodischen Eintreten der Menstruation bezw. der Brunst zu bringen.)

42. Jung, P. H., Die Behandlung der klimakterischen Beschwerden des Weibes. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 15. (Die Behandlung kann nur eine symptomatische sein. Reizlose Diät, Regelung des Stuhlganges, hydrotherapeutische Massnahmen, Darreichung von Eierstocksextrakten, Vermeidung zu reichen Fettansatzes, durch Beschränkung der Kalorienmenge in der Nahrung und fleissige Bewegung. Daneben Behandlung der eventuellen lokalen Störungen, so der Colpitis senilis, der klimakterischen Blutungen, der Cystitis vetularum.)

43. Keller, R., Blutgerinnungszeit und Ovarialfunktion. Arch. f. Gyn. Bd. 97. Heft 3. (Die Blutgerinnungszeit bleibt sowohl bei Gesunden, als auch bei gynäkologisch kranken Frauen unverändert sowohl vor, während, wie auch nach der Menstruation. Auch die Menopause und die Kastration übt keinen Einfluss auf die Gerinnungszeit aus.)

44. Ketcham, J. M., Hygiene of Menstruation. Journ. Indiana state med. Assoc. 1911. Nr. 224. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of wom. and childr. Aug. 1911. (Eine gesunde Frau braucht ihre Lebensweise während der Menstruation nicht zu ändern. Regelmässiges Leben, Schlaf und tägliche Bewegung auch während der Menses ist die beste Hygiene. Besser als alle Medizin ist die Sorge für einen guten Allgemeinzustand.)

45. Klein, G., Zur Pathologie der menstruellen Blutung. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 2. (Unter dem Einfluss der Oophorine [Follikuline und Luteine] wird die Mucosa corporis befähigt, das mütterliche Blut in bestimmter Weise zum Nährblut [Trophaima] für das Ei umzuwandeln. Bleibt das erwartete befruchtete Ei aus, so fliesst das Nährblut ungenützt als Menstrualblut ab. Nährblut und Menstrualblut sind ungerinnbar. Menstruelle Schmerzen können dadurch entstehen, dass bei ungenügender Bildung von Oophorinen die Uterusmukosa nicht ungerinnbares, sondern teils oder ganz gerinnbares Blut ins Cavum uteri ergiesst. Die Gerinnsel werden unter Kontraktionen ausgestossen: Dysmenorrhoe. Oligomenorrhoe kann bei ungenügender Bildung von Oophorinen, Menorrhagien bei reichlicher Bildung auftreten.)

46. Koch, Zur Behandlung schwerer Menorrhagien bei akut entzündlichen Adnexerkrankungen durch Portioinjektionen. Arch. f. Gyn. Bd. 98. (Zur Behandlung von unstillbaren Menorrhagien ist die Injektion von Pituitrin [2,0—0,5] in die Portio ein ausgezeichnetes Mittel, das fast keine Nebenerscheinungen und Versager hat. Weniger günstig waren die zervikalen Injektionen von Sekalepräparaten.)

47. Landau, Th., Amenorrhoe und Gynäkologie. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 37. (Nur ein kleiner Teil der Amenorrhoen hat lokale, rein gynäkologische Ursachen. Meist ist ein ursächlicher Zusammenhang mit den Organen der inneren Sekretion oder mit nervösen Zentren vorhanden, über deren Ursachen noch Untersuchungen notwendig sind.)

48. Macforlasse, C., A graphic, menstrual chart. The Journ. of Amer. med. Assoc. Oct. 12. (Empfehlung der graphischen Darstellung der Menstruationsverhältnisse für die Krankengeschichten.)

49. Martin, A., Die sogenannten Ausfallserscheinungen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 37. (Sowohl bei der artefiziellen, als bei der physiologischen Klimax sind grosse Schwankungen zu beobachten. Für die Stärke der Ausfallserscheinungen ist die Lebensweise der Patientin bedeutungsvoll. Sie sind geringer bei arbeitsamem und mässigem Leben. Neben Erhöhung des Blutdruckes sieht man auch öfters das Gegenteil. Dann war die Verordnung von Suprarenin per os von gutem Erfolg.)

50. Michaelis, W., Über Blutungen im Beginn der Pubertät. Inaug.-Diss. Freiburg 1911. (Zusammenstellung der Literatur.)

50a. Michnow, Ein Fall von Cessatio mensium. Wratsch. Gaz. Nr. 13. Sitzungsber. der Pirogowschen Ges. zu Jurjew. (Die 17jährige Virgo wurde nur zweimal menstruiert. Mit der Cessatio mensium trat Adipositát, Bartwuchs etc. auf.) (H. Jentter.)

51. Namara, Me., Dysmenorrhoea of uterin origin. Interstate med. Journ. 1910. Nr. 5.

52. Norris and Bernard, Dysmenorrhoea in nulliparous women without gross local pathological lesions. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of wom. and childr. 1910. Nr. 5.

53. Ottow, B., Funktionelle Amenorrhoe. Petersburger med. Zeitschr. Nr. 18. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 46. (Zwei Bäuerinnen sind stets vom Frühjahr bis Herbst amenorrhoisch, vielleicht in Zusammenhang mit der schweren Landarbeit.)

54. Piganeau, Contribution à l'étude de la menstruation et des affections oculaires dues à sa suppression. Thèse de Bordeaux. 1911.

55. Porter, M. F., Erkrankungen der Schilddrüse bei der Frau. Verhandl. der amer. Vereinig. von Geb. u. Gyn. Louisville, 26.—28. Sept. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 7. (Heilung von Amenorrhoe bei Hyperthyreoidismus durch Injektion von heissem Wasser in die Schilddrüse.)

56. Pychlau, W., Über Blutungen und Adnexoperationen (unter besonderer Berücksichtigung der sog. „Pseudomenstruation"). Inaug.-Diss. Heidelberg 1910. (Die Blutungen nach Adnexoperationen tragen menstruellen Charakter und treten nur dann auf, wenn nach der letzten Menstruation vor der Operation mehr als 14 Tage verflossen sind. Die Blutung tritt gewöhnlich 2—3 Tage p. op. auf; liegen aber zwischen Menstruation und Operation genau 13—14 Tage, so tritt die Blutung erst am fünften oder sechsten Tage ein. Bei einem noch geringeren Zwischenraum kommt nie eine Blutung vor. Bei postoperativer Blutung wird der Menstruationstyp geändert. Die nächste Blutung tritt erst nach Ablauf des gewöhnlichen Intervalls ein. Die Ursache der „Pseudomenstruation" ist die mechanische Reizung des Ovars.)

57. Rafaelli, M., Un Cas de Menstruation précoce. La Pediatria. Aug. 1911. Ref. La Presse méd. (4½jähriges Mädchen, das mit fünf Monaten regelmässig menstruiert ist und eine körperliche Entwickelung zeigte, wie ein Kind von 10—12 Jahren.)

58. Rona, D., Appendizitis und Dysmenorrhoe. Arch. f. klin. Chir. Bd. 97. Heft 4. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 21. (Dysmenorrhoische Beschwerden werden zuweilen durch eine chronische Appendizitis ausgelöst und verschwinden nach Entfernung des Wurmfortsatzes.)

58a. Rotter, Henrik, A klimakterium betegségec. Orvosi Ujság. Szülészet és Nögyógyászat. Nr. 1. (Schilderung der normalen und krankhaften Erscheinungen im Klimakterium.) (Temesváry.)

59. Runge, Die Behandlung klimakterischer Blutungen mittelst Röntgenstrahlen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 25.

59a. Sawadowskaja-Nesmelowa, Zur Frage über die Veränderungen des Blutes gesunder Frauen während der Menstruation. Ssibirskaja Wratsch. Gaz. Nr. 52. (Verf. hat an 14 Frauen 353 Blutanalysen gemacht. 4—7 Tage vor der Menstruation wird die Zahl der roten Blutkörperchen um ½ Million kleiner. Tags vor der Menstruation ist sie um 1—1½ Millionen höher wie die Norm. Während der ersten zwei Tage der Menstruation fällt die Zahl unter die Norm, um bald wieder dieselbe zu übersteigen. In der postmenstruellen Periode wird die Norm wieder erreicht. Die Schwankungen des Hämoglobingehalts gehen diesen Veränderungen parallel. In der prämenstruellen und menstruellen Periode weisen die roten Blutkörperchen eine geringe Beständigkeit hypisotonischer Chlornatriumlösung gegenüber auf. Die Zahl der Leukozyten steigt in der prämenstruellen Periode, um bald rapide unter die Norm zu fallen. Das Minimum erreicht sie am letzten prämenstruellen Tage und am 1.—2. Tage der Menstruation. In der prämenstruellen und menstruellen Periode kommt ein absolutes und relatives Ansteigen der Zahl der Lymphozyten, Mononuklearen und Eosinophilen zur Beobachtung. Verf. meint, dass diesen periodischen Veränderungen des Blutes temporäre Schwankungen in der Funktion der innersekretorischen Drüsen zugrunde liegen.) (H. Jentter.)

60. Schemelewitsch, L., Über die Behandlung der Dysmenorrhoe und der Sterilität des Weibes. Inaug.-Diss. Strassburg 1911. (Empfehlung der Dilatation des Cervixkanals mit Hegar-Fehlingschen Stiften und multiplen radiären Einschnitten mit dem Metrotom und danach mehrmals wiederholte Tamponade der Cervix-Korpushöhle mit Vioformgaze. Von 79 Fällen wurden 32,9 % geheilt und 31,6 % gebessert.)

61. Schickele, Die sogenannte Wellenbewegung im Leben des Weibes. Naturforscher-Versamml. Münster i. W. Sept. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 42. (Die Anschauung von der Wellenbewegung im Leben des Weibes ist nicht aufrecht zu erhalten. Ein periodisches An- und Abschwellen der Uterusschleimhaut vor, während und nach der Menstruation ist nur in einem Drittel der Fälle nachzuweisen. Dieselben Veränderungen kommen auch ausserhalb des Rhythmus vor.)
62. — Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Ovarien. Arch. f. Gyn. Bd. 97. Heft 3. (Presssäfte oder Extrakte vom Uterus und Ovarien können die Gerinnung des Blutes hemmen. Intravenös injiziert setzen sie den Blutdruck herab infolge peripherer Gefässerweiterung. Auch das ungerinnbare Menstrualblut zeigt die gerinnungshemmenden und gefässerweiternden Eigenschaften. Die im Ovarium gebildeten Stoffe gelangen durch das Blut in den Uterus, bewirken hier durch Ansammlung Gefässerweiterung und Flüssigkeitsansammlung besonders in der Schleimhaut, wodurch auch die Veränderungen der Drüsen erklärt werden. Schliesslich tritt Abgabe ungerinnbaren Blutes ein. Unregelmässigkeiten der Menstruation sind auf gestörte Funktion der Ovarien zurückzuführen. Typus und Rhythmus der Menstruationen wechseln innerhalb des Lebens. Menstruationsanomalien kommen auch ohne lokale Erkrankung vor. Nach Kastration und in der Klimax fällt die blutdruckherabsetzende Komponente [Ovarium] fort, es tritt durch Wirkung der innersekretorischen Drüsen, der Antagonisten, eine Blutdruckerhöhung ein, ferner treten die Ausfallserscheinungen auf.)
63. Schmotkin, Klinische Untersuchungen über die Menstruation bei gesunden Individuen. Arch. f. Gyn. Bd. 97. Heft 3. (Es findet sich keine Wellenbewegung. Blutdruck, Puls, Temperatur und Muskelkraft verlaufen in einer fast geraden Linie ohne tiefe Depression in der menstruellen und ohne Anstieg in der prämenstruellen Zeit.)
64. Siegelstein, Report of a case of ovulation without menstruation. Med. Record. 1911. XXX. Nr. 2.
65. Theilhaber, A., Zur Lehre von der Entstehung und Behandlung des Kreuzschmerzes. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 2. (Die Hyperämie der Genitalien und der Mammae während der Menstruation wird durch im reifen Ei sich bildende und ins Blut übertretende „Hormone" hervorgerufen. Sie sind die Ursache für die Beschwerden während der Menses. Bei starken Blutungen auftretende Kreuzschmerzen sind Folgen wehenartiger Kontraktionen des Uterus.)
66. Vértes, O., Der unmittelbare Einfluss der Ovariotomie auf die Menstruation. Gleichzeitig Beiträge zur Frage der Ovulation und Menstruation. Gyn. Rundschau. Heft 8 und 9. (Liegt bei einseitiger Ovariotomie zwischen letzter Menstruation und Operation ein längerer Zeitraum als 12—13 Tage, so tritt nach der Operation eine Blutung auf, die als anteponierende Menstruation aufzufassen ist. Ist der Zeitraum kürzer, so weist die Menstruation eine Verspätung auf, die fortschreitend abnimmt, bis das zurückgebliebene Ovarium völlig die Funktion des exstirpierten mit übernommen hat. Nach beiderseitiger Ovariotomie tritt postoperativ noch einmal eine Blutung auf, wenn nach der letzten Menstruation ein längerer Zeitraum als 13—14 Tage verflossen ist.)
67. Viville, G., Die Beziehungen der Menstruation zum Allgemeinorganismus bei gynäkologischen Erkrankungen. Arch. f. Gyn. Bd. 97. Heft 3. (Ein Einfluss des Menstruationsprozesses auf den Blutdruck, die Pulsfrequenz, die Körpertemperatur und die grobe Muskelkraft besteht nicht. Eine Wellenbewegung ist also nicht nachweisbar.)
68. Wadler, W., Über die Ursachen der Amenorrhoe. Inaug.-Diss. München 1911.
69. Walther, Blutungen in der gynäkologischen Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Hämostyptika. Der Frauenarzt. p. 113.
70. Walthard, M., Über die Bedeutung psychoneurotischer Symptome für die Gynäkologie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16. (Der mit dem Namen „Ausfallserscheinungen" bezeichnete Symptomenkomplex ist nicht die notwendige Folge des Ausfalls der inneren Sekretion des Ovariums, noch des Ausfalls der Genitalfunktionen überhaupt. Die durch den Ausfall der Ovarien bedingten funktionellen Störungen vermögen nur bei denjenigen Individuen vasomotorische und andere Erscheinungen hervorzurufen, welche schon vor der Operation Zeichen einer gesteigerten Erregbarkeit des Nervensystems aufweisen. Die Ursache für diese Steigerung der Erregbarkeit liegt bei vielen Patienten in ihrer pathologischen Denkweise [Psychoneurose]. Für sie ist die einzige ätiologische Behandlung die Psychotherapie.)
71. Wanner und Mühlberger, Zur Behandlung der klimakterischen und präklimakterischen Blutungen und Hypersekretionen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36.

Heft 3. (Empfehlung der Verätzung der Uterushöhle mit in 50 % Chlorzinklösung getränkten Gazestreifens zur Behandlung klimakterischer Blutung. Dabei soll sich jedesmal das ganze Endometrium abstossen, ohne Schädigung des Myometriums.)

72. Weil, M. P. E., La durée des règles, les menorrhagies et les troubles de la coagulation sanguine. Soc. de biol. Paris. 17 Avril. Ref. La Presse méd. Nr. 36. (Verf. weist auf die grosse Bedeutung der Störungen in der Koagulation des Blutes für das Zustandekommen von Menorrhagien hin und dementsprechend auf die Wichtigkeit der Allgemeinbehandlung.)

73. Wolff, B., Zur Kenntnis der Entwickelungsanomalien bei Infantilismus und bei vorzeitiger Geschlechtsreife. Arch. f. Gyn. Bd. 94. Heft 2. (Enthält eine Beobachtung von Menstruatio praecox bei einem vierjährigen Kinde, das mit Beginn des dritten Lebensjahres menstruiert ist und vorzeitige Ausbildung der Zeichen der Geschlechtsreife bietet [siehe Bericht vom vorigen Jahre, p. 75].)

IX.

Chirurgische Erkrankungen des Abdomens.

Referent: Marineoberstabsarzt Dr. zur Verth.

A. Verletzungen.

1. *Creite, Über Bauchdeckenverletzung durch Hornstich. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 119. p. 144.

2. Franchini, A., Di un raro intervento chirurgico per ferita d'arma da fuogo interessante il fegato e il diagramma. Clin. chir. Nr. 4.

3. Friant, Contusion de l'abdomen dans le flanc gauche. Arch. de méd. et de pharm. milit. Déc. (Milzruptur durch Tamponade geheilt.)

4. *v. Haffner, Diagnose und Therapie der subkutanen Bauchverletzungen. St. Petersburger med. Zeitschr. Nr. 1.

5. Kern, M., Zur Kasuistik der Bauchschussverletzungen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 7. (Pistolenschuss 5 mm Kaliber, Peritonitis, Operation nach 19 Stunden, Heilung.)

6. Köhler, A., Über die Beurteilung und Behandlung der Bauchschüsse im Kriege. Samml. klin. Vortr. Nr. 661. (Laparotomie soll unter verständiger Auswahl der Fälle gemacht werden, ist nach 12 Stunden meist überflüssig.)

7. Kroiss, F., Ein Beitrag zur Behandlung der subkutanen Duodenum- und Pankreaszerreissung. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 76. Heft 2. p. 477. (Bei Duodenalzerreissung ausser der Naht des Risses Gastro-Enterostomie! Naht des Pankreas wertlos, antidiabetische Kost überflüssig!)

8. Neudörfer, A., Über indirekte Darmrupturen bei perforierenden Schussverletzungen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 40.

9. Panichi, L., Sulla puntura esplorativa dell' abdome. Policlinico. Sez. prat. XIX. 40. (Bei Punktion des Bauches ist die Differenzierung von Intestinal- und Peritonealinhalt oft recht schwierig. Endothelien und unveränderte rote Blutkörperchen sprechen für Bauchinhalt.)

10. Petzsche, Über eine Heilung einer Platzpatronenschussverletzung des Bauches mit Magen- und Dünndarmzerreissung zur Dienstfähigkeit. Deutsche militärärztliche Zeitschr. Heft 8.

11. Phélip et de Beaufond, Un cas de contusion abdominale avec rupture et hernie ventrale traumatique secondaire. Gaz. des hôp. Nr. 58.

12. Ponomarew, S. J., Traumatischer subkutaner Darmvorfall. Russki Wratsch. Nr. 42. (Hervorgerufen durch Stoss eines Ochsen.)
13. Pozzo, A., Di un peculiare topo di traumi con lesione contuse e di punta. Clin. chir. Nr. 8. (Pfählunsgverletzungen.)
14. *Riedel, Über Bauchverletzungen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 1 u. 2.
15. Thornburgh, Multiple gunshot wounds of intestine without perforation of lumen. Annals of Surg. Dec.
16. Tschmarke, Indirekte Darmruptur bei Bauchschuss. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Chir. Bd. 41. I. 215.
17. *Winiwarter, Felix R. v., Zwei Fälle von Duodenalverletzung. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 113. p. 582. (Infolge stumpfer Gewalt, Hufschlag, Mistgabelstiel.)

Riedel (14) bringt eine übersichtliche Darstellung über das ganze Gebiet der Bauchverletzungen mit zahlreichen kurzen Krankengeschichten. Starre der Bauchmuskulatur, hervorgerufen durch Austreten von Magen- oder Darminhalt oder Blut in den Bauchraum, ist das sicherste Zeichen für intraabdominelle Organverletzungen. Sie tritt schneller ein bei Magenverletzungen, als bei Darmverletzungen. Starre, rascher kleiner Puls, bleiches verfallenes Gesicht und Erbrechen sprechen für lebensgefährliche Blutung, die schleunigen Eingriff indiziert. Die günstigste Prognose gibt bei Magen- und Darmzerreissungen der Eingriff innerhalb der ersten 12 Stunden. Bei Leberblutungen Netz aufnähen! Bei Milzzerreissungen Milz exstirpieren! Nierenzerreissungen zunächst konservativ behandeln! Bei leichteren Verletzungen können schwere, aber mit der Zeit nachlassende Schockerscheinungen vorhanden sein, bei schweren Verletzungen zunächst geringe, aber zunehmende Störungen.

Zur Beurteilung unklarer subkutaner Bauchverletzungen empfiehlt v. Haffner (4) das heisse Bad, das, wenn keine ernsteren Störungen vorliegen, eine auffällige Besserung der Erscheinungen bringt. Bessern sich anfänglich schwere Erscheinungen im heissen Bade nicht, so muss operiert werden.

Creite (1) bestätigt von neuem die Gutartigkeit der Hornstichverletzungen, was Blutung und Bauchfellentzündung anbelangt. Schleuniger Bauchschnitt ist in jedem Fall indiziert.

Bei zwei Duodenalverletzungen, beide entstanden durch stumpfe Gewalt, wurde v. Winiwarter (17) nach vergeblichem Absuchen des Bauches durch eine Geschwulstbildung links von der Flexura coli dextra hinter (unterhalb) dem unverletzten Mesocolon transversum auf den Zwölffingerdarm als Ort der Verletzung hingeleitet. Das Mesokolon wurde gespalten; dann lag inmitten von gallig durchtränktem Gewebe der Riss an der Vorderwand des Duodenum vor. (Einmal Darmgangrän mit Exitus, einmal Heilung.)

B. Netz, Mesenterium, retroperitoneales Gewebe.

1. Bindi, F., Contributo allo studio dei tumori solidi dell' omento. Clin. chir. Nr. 4. (Lympho-Hämangio-Endotheliom.)
1a. Ceglowski, Über Torsionen des grossen Netzes. Przeglad chirurg. i ginek. Bd. VI. Heft III. 1912. pag. 329—340. (Auf 94 Fälle von Operation war nur fünfmal vor Operation die richtige Diagnose gestellt worden, sonst immer eine Fehldiagnose. Polnisch.) (v. Neugebauer.)
2. Crescenzi, G., Cisti ematica della retrocavità degli epiploon. Clin. chir. Nr. 5. (Blutzyste im Netz, 14 Tage nach einem Stoss aufgetreten, entleert und tamponiert, da die Totalexstirpation zu eingreifend ist.)
3. Duff, Successful removal of large retro-peritoneal sarcoma, with notes on the method and treatment. Glasgow med. Journ. August. (Sarkomähnliche Geschwulst bei einer 44 Jahre alten Frau im Mesocolon transversum, Netzplastik, Heilung.)
4. *Floderus, B., Über die primäre Mesenteriallymphdrüsentuberkulose aus chirurgischem Gesichtspunkte. Nord. med. Arkiv. Nr. 2. (Umfassende Arbeit, Kasuistik, Literatur.)
5. Friend, Mesenteric chyle cysts. Surg., Gyn. and Obst. XV. 1. (Bei einem 21 jährigen Manne, mit Zusammenstellung von 52 Fällen aus der Literatur.)
6. Gobiet, J., Über Verschluss der Mesenterialgefässe nebst Mitteilung eines operativ geheilten Falles. Wiener klin. Wochenschr. 1911. Nr. 45. (In Medullaranästhesie

Resektion möglichst weit im Gesunden, Entleerung des gesamten Darminhaltes, blinder Verschluss der Enden unter reichlicher Einstülpung, seitliche Anastomose möglichst weit vom blinden Ende, Versorgung der Darmenden durch Einnähen in die Bauchwunde oder durch Tamponade!)

7. Haberer, H. v., Über das Ausbleiben der Verlötung des Netzes mit dem Mesocolon transversum. Arch. f. Anat. u. Phys., Anat. Abt. (Zwei Fälle, gelegentlich von Gastroenterostomie-Operationen entdeckt.)
8. Haller, M., Des epiploites chroniques en rapport avec l'appendicite et la colite chronique. 240 S. Thèse de Paris.
9. Hesse, E., Über den Wert der freien Netztransplantation im Dienste der Bauchchirurgie nach den Erfahrungen des Obuchow-Krankenhauses. v. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 82. Heft 1. Russki Wratsch. Nr. 39. (Besonders wertvoll als Blutstillungsmittel bei Leber- und Milzwunden und -Rissen; dem Netz scheint ein thrombokinatischer Einfluss inne zu wohnen; siehe auch Stukey [20].)
10. De Josselin de Jong, Über die Folgen der Thrombose im Gebiete des Pfortadersystems. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 24. Heft 1. (Umfassende Arbeit mit 13 Abbildungen.)
11. *Kotzulla, O. H., Zur Chirurgie der tiefen Beckendrüsen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 119. p. 55.
12. Kron, N. M., Zur Kasuistik der harten Mesenterialgeschwülste. Chir. Bd. 31. Mai. (Russisch.) (Sarkom, Diagnose vor der Operation nicht zu stellen.)
13. Macnaughton, Jones H., Case of ganglion neuroma of the mesentery. Lancet. June 22. (Erfolgreich operiert, Literatur, Abbildungen.)
14. *Moore, Infection of the retroperitoneal lymphatics. Surg., Gyn. and Obst. XV. 1.
15. Nicoll, Large mesenteric fibro-sarcoma. Glasgow med. Journ. June. (Unter Resektion von $5\frac{1}{2}$ m Dünndarm exstirpiert, nach einem Jahre Wohlbefinden bis auf Durchfälle.)
16. Pakowsky, J., Les kystes dermoides du mésentère. Arch. gén. de chir. VI. 9 u. 10. (Kommen vorzugsweise bei Frauen vor, Diagnose ist nur als Wahrscheinlichkeitsdiagnose zu stellen, sollen in toto exstirpiert werden!)
17. *Schloessmann, H., Klinisches und Pathologisches zur primären Mesenterialtuberkulose. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 78. Heft 2.
18. Soubeyran, Kyste dermoide du mésentère. Ablation totale de la poche. Guérison. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. Tome 38. Nr. 9. p. 344. Nr. 14. p. 602. (Anschliessend Diskussion.)
19. Souligoux, Kyste dermoide du mésentère. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. Tome 38. Nr. 10. p. 364. (Im Anschluss an Soubeyran — siehe Nr. 18 — vorgetragen.)
20. Stuckey, Über Verwendung der freien Netzverpflanzung als blutstillendes Mittel bei der Gallenblasenexstirpation. v. Langenbecks Arch. Bd. 99. Heft 2. (Mit vorzüglichem Erfolg, s. Hesse 9.)

Nach Schloessmann (17) gibt es eine für die klinische Betrachtung isoliert und primär erscheinende Mesenterialdrüsentuberkulose, d. h. „eine tuberkulöse Erkrankung dieser Drüsen, neben welcher sich weitere Tuberkuloseherde im Körper nicht zu finden brauchen, oft auch anatomisch nicht finden lassen und hinter der eine eventuell vorhanden gewesene, vielleicht aber nicht einmal regelmässig notwendige spezifische Affektion des Darmkanals an der Eintrittsstelle der Bazillen vollständig zurücktreten kann, so sehr, dass zuweilen, besonders einige Zeit nach erfolgter Infektion, ihr Nachweis ganz unmöglich wird". Die Indikation zum Eingriff bei Mesenteriallymphdrüsentuberkulose findet Floderus (4) in der Regel im rasch auftretenden Ileus oder in der Peritonitis. Auf 60 Operationen kommen neun Todesfälle. Normaloperation ist die Enukleation vom medianen Bauchschnitt aus. Die Drüsen werden stumpf ausgeschält, die Serosa wird dicht vernäht; die Bauchhöhle geschlossen. Bei sicherstehender Diagnose Operation nicht verschieben! Lungentuberkulose ist keine Kontraindikation!

Den Mitteilungen über die Chirurgie der tiefen Beckendrüsen Kotzullas (11) geht eine topographisch-anatomische Übersicht von Most über die inguinalen, iliakalen und hypogastrischen Lymphdrüsen und Lymphgefässe mit Abbildung voraus. Bei der Chirurgie des inguinalen Lymphgebietes (maligne Entartung und Tuberkulose) muss stets das tiefe Beckenlymphgebiet berücksichtigt werden, da der Lymphstrom aus dem oberflächlichen inguinalen Lymphgebiet vermittelst der tiefen Leistendrüsen zu den iliakalen Drüsen

steuert, ja sogar die tiefen Beckendrüsen unter Überspringung der Leistendrüsen unmittelbar vom Primärherd oder Quellgebiet gespeist und damit infiziert werden können. Bei radikaler Ausräumung sämtlicher Drüsen kommen hartnäckige Ödeme vor. Gute Übersicht des Operationsfeldes ist wesentlich. Sie wird bei Erkrankung nur der tiefen Lymphgebiete genügend durch den Schnitt nach Kocher (parallel und über dem Poupartschen Band), bei Erkrankungen aller Drüsen durch den Schnitt nach Sprengel (Längsschnitt den Schenkelkanal entlang durch das Poupartsche Band, darauf breiter Einschnitt entlang dem Poupartschen Band), endlich bei sehr ausgiebiger Erkrankung am besten durch den Schnitt nach Lenander gewährt (ähnlich, aber ausgiebiger als Sprengel mit Ablösung des Poupartschen Bandes von der Spina und vom Tuberkulum). Der Operationsschock ist gering, die Prognose relativ günstig. Moore (14) zieht auch die eitrige Infektion und die höher gelegenen retroperitonealen Lymphdrüsen in den Kreis seiner Besprechung. Die mesenteriale Lymphdrüsengruppe wird vom Dünndarm aus, die cöliakale vom Magen, Leber und Pankreas aus und die am meisten gefährdete, zu beiden Seiten der Wirbelsäule gelegene von dem Geschlechtsorgan, dem Dickdarm und den unteren Gliedmassen aus infiziert.

C. Magen-Darmkanal.

1. Radiologie[1]).

1. Bardachzi, F., Zur Diagnostik der Sanduhrform des Magens. Prager med. Wochenschrift Nr. 44. (Durch das Röntgenbild!)
2. Baron und Bársony, Über die Röntgendiagnostik des Duodenalgeschwürs und anderer duodenaler Affektionen. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 41.
3. — — Spastischer Sanduhrmagen bei duodenalen Affektionen. Wiener klin. Wochenschrift Nr. 31.
4. Case, Die Bedeutung der Stereoröntgenographie, speziell des Verdauungsaktes. Fortschritte a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Bd. 18. Heft 6. (Empfiehlt das stereographische Verfahren.)
5. — Die Röntgenstereoskopie des Magens und des Darmes. Aus der chir. Klinik des Battle Creck Sanatorium-Hospitals, Michigan. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 1. p. 27. (Technik, die durchaus einfach ist.)
6. *Clairmont und Haudek, Die Bedeutung der Magenradiologie für die Chirurgie. Jena, Gustav Fischer. Mk. 2,80.
7. Dehn, O. O. v., Zur Frage von der Diagnose der adhäsiven Peritonitis mit Hilfe der Röntgenstrahlen. Russki Wratsch. Nr. 7.
8. Eisler, Fr., Zur Röntgendiagnose des Magengeschwürs. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 13. p. 701. (Kleine Geschwüre machen nur beim leeren oder wenig gefüllten Magen eine Einschnürung der grossen Kurvatur.)
8a. Eisler und Kreuzfuchs, Die Bedeutung der Magenblase. Wiener med. Wochenschr. Nr. 45. (Röntgenaufnahmen des Magens.)
9. *v. Elischer, Über eine Methode zur Röntgenuntersuchung des Magens. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Bd. 18. Heft 5.
10. *Forssell, G., Ventrikelrörelserna hos människan. En röntgenologisk studie. Nord. med. Arkiv. 1911. Afd. 1. Festschr. f. J. Berg. (Schwedisch.)
11. Fujinami, Über den Wert säurefester, sichtbarer Boli für die Röntgenuntersuchung des Pylorus und die Brauchbarkeit der Glutoid- und Geloduratkapseln. Fortschr. a. d. Grenzgeb. d. Röntgenstrahlen. Bd. 18. Heft 3.
12. — Über eine einfache Methode zur röntgenologischen Ermittelung der Saftsekretion im speiseleeren Magen (kontinuierliche Sekretion; Parasekretion). Deutsche med. Wochenschr. Nr. 11. (Höhenunterschied zwischen schwimmenden und untersinkenden Wismutkapseln wird gemessen.)
13. Groedel, Franz M., und Ed. Schenck, Die röntgenologischen Symptome der nichtchirurgischen Magenerkrankungen. Med. Klinik. p. 1147.

[1]) Radiologisches findet sich vielfach auch bei den Einzelarbeiten unter Magen und Darm erwähnt.

14. *Groedel, Die Magenbewegungen. Röntgenatlas, Ergänzungsband 27 zu: Fortschritte a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Hamburg. (140 Seiten mit 340 Abbildungen im Text und 135 Röntgenbildern.)
15. *Haudek, Über den radiologischen Nachweis der Magen-Kolonfistel. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 47.
16. *— Der radiologische Nachweis des Ulcus duodeni. Med. Klinik. p. 224.
17. *— Die Bedeutung der Magenradiologie für die Indikationsstellung zu Magenoperationen. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Chir. Bd. 41. I. 180.
18. — Über die diagnostische Verwertbarkeit der Antiperistaltik des Magens. Wiener med. Wochenschr. Nr. 16. (Ist Zeichen einer organischen Veränderung des Magens oder Duodenums.)
19. *— Die unterscheidenden Merkmale zwischen Magengeschwür und Magenkrebs im Röntgenbilde. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 2. (Literatur.)
20. Hausmann, T., und Meinertz, Radiologische Kontrolluntersuchungen betreffend die Lagebestimmung des Magens und Dickdarms mittelst der topographischen Gleit- und Tiefenpalpation. Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 108. (Bestätigt die Ergebnisse der Palpation.)
21. Hesse, Die Gastroenterostomie im Röntgenbilde. Zeitschr. f. Röntgenkunde. Bd. 14. Heft 5 u. 6.
22. Immelmann, Typische Röntgenbefunde aus dem Verdauungstraktus. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Chir. Bd. 41. I. 90.
23. Klose, E., Über intermittierenden Sanduhrmagen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 25. (Hysterischer Pseudosanduhrmagen, durch wiederholtes Röntgen erkennbar.)
24. *Krauss, R., Sauerstoffradiogramme des Dickdarms. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 77. Heft 2. p. 564.
25. *Kreuzfuchs, Zur Technik der Röntgenuntersuchung des Duodenalgeschwürs. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 33.
26. *— Röntgenbeobachtungen beim Ulcus duodeni. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 11. p. 411.
27. Kienböck, Zur radiologischen Diagnose der Magen- und Darmerkrankungen. Wiener med. Wochenschr. Nr. 16.
28. *Küpferle, Radiologische Beobachtungen über Dünndarmbewegungen. Zeitschr. f. Röntgenkunde. Bd. 14. Heft 3.
29. *Novák, Ad., Zur radiologischen Diagnose der Dünndarmverengerung. Wiener klin. Wochenschr. 1911. Nr. 52. (Literatur.)
30. Pers, Die Bedeutung der Röntgenuntersuchung bei der Diagnose von Kolonadhäsionen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 43.
31. Pieri, Sulla diagnosi radiografica della malattia di Hirschsprung. Rivista osped. 15. Avrile. Vol. 2. Nr. 8. (Ohne Wismutmahlzeit, die bei dem achttägigen Kind nicht gefahrlos erschien, zeigte das Röntgenbild ein vom Blinddarm bis zur Flexur stark erweitertes Kolon.)
32. *de Quervain, F., Über die praktische Bedeutung der Röntgenuntersuchung bei Erkrankungen des Magen-Darmkanals. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 27.
33. *Rieder, Die physiologische Dickdarmbewegung beim Menschen. Fortschr. a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen. Bd. 18. Heft 2.
34. Schlesinger, E., Totaler Gastrospasmus, röntgenologisch nachgewiesen bei Cholecystitis und Cholelithiasis.. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 26.
35. Schwarz, G., Neue Beiträge zur Röntgenuntersuchung des Digestionstraktes. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 16. (Gebraucht als Kontrast-Mahlzeit statt des teuren Wismuts ausschliesslich das viel billigere Baryt.)
36. — Methodik und Bedeutung der Röntgenoskopie des Magens in rechter Seitenlage. Zeitschr. f. Röntgenkunde. Bd. 14. Heft 1. (Verhältnisse am Pylorus und an der kleinen Kurvatur sind besser zu übersehen, Technik.)
37. *— Über Röntgendurchleuchtung des Dickdarms während des Einlaufs als Hilfsmittel zur Diagnose stenosierender Bildungen. Wiener med. Wochenschr. Nr. 16.
38. *Sick, K., Radiologische und klinische Beobachtungen zur Mechanik des Magens. Med. Klinik. p. 732.
39. Silberberg, M., Ein Hohlkompressorium als Hilfsmittel für die kombinierte röntgenoskopisch-palpatorische Abdominaluntersuchung. Med. Klinik. p. 1664. (Zur Feststellung, ob Abweichungen im Füllungsröntgenbild des Magendarmrohres durch Veränderungen oder durch mangelhafte Füllung bedingt sind.)

40. Simon, Einige Vergleiche zwischen Röntgenbefund und Autopsie. Zur Röntgendiagnose des runden Magengeschwürs. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Bd. 19. Heft 1. (Kleine Ausstülpung des Wismutschattens.)
41. Stierlin, E., Röntgenologische Erfahrungen über Magenspasmen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 15 u. 16.
42. — Die Röntgendiagnose intraabdominaler Neubildungen aus der Verlagerung des Dickdarmes. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 31. (Neubildungen, die dem Dickdarm unmittelbar benachbart sind, lassen sich durch Dickdarmverlagerung nachweisen.)
43. Ulrichs, B., Ein Beitrag zum Nachweis des Magenkarzinoms durch die Röntgenphotographie. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 7.
44. *Voorhoeve, N., Die klinische und radiologische Diagnose der Fistula gastrocolica. Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 106. Heft 3.
45. Wakar, W. A., Über die Bedeutung der Röntgenoskopie bei Magenverätzungen. Russki Wratsch. Nr. 22. (Form einer runden Blase, Pylorusteil abgerundet.)
46. Zabel, Zur Diagnostik von Magendarmkrankheiten mittelst des alten Röntgen-Zeit-instrumentariums. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 18. (Auch mit den alten Röntgenapparaten lassen sich wertvolle Aufschlüsse für die Magen- und Darmchirurgie gewinnen; die Anschaffung von Momentapparaten ist daher für diese Zwecke nicht unbedingt erforderlich.)

Die Literatur über die Radiologie des Magendarmkanals wächst der Bedeutung dieses Untersuchungsverfahrens entsprechend von Jahr zu Jahr erheblich. Die Röntgenographie ist der Radioskopie vielfach überlegen. Häufig ist ihre Kombination und Ergänzung durch die Tastung zweckmässig. Die radiologischen Verfahren haben zunächst Aufschluss gebracht über die Physiologie der Verdauungsvorgänge. Sie haben gezeigt, dass unter normalen Verhältnissen der 6—7 m lange Dünndarm in 8—9 Stunden durchwandert wird, während die Kotmassen für den viel kürzeren $1\frac{1}{2}$ m langen Dickdarm 20 Stunden, also gut das Doppelte an Zeit gebrauchen [Rieder (33)].

Den Magenbewegungen ist die Monographie Groedels (14) gewidmet, die nach der ausführlichen und klaren Darstellung der Bewegungen des normalen Magens auch die des erkrankten schildert. Ähnlichen Absichten geht Forssells (10) umfassende Arbeit nach. Sicks (38) Arbeit beschäftigt sich zunächst mit Form und Zeit der Bewegungen am gesunden Magen, aus deren Abweichungen Hinweise auf krankhafte Zustände abgeleitet werden. Küpferle (28) beschäftigt sich mit dem Dünndarm und findet an ihm, wie Groedel am Magen, fortschreitende (peristaltische), wie pendelnde (Misch-)Bewegungen. Rieder (33) bringt schöne Untersuchungen über den normalen Dickdarm.

In der Diagnose krankhafter Zustände herrscht über den hohen Wert des Röntgenbildes Einstimmigkeit. Fehloperationen, Probelaparotomien und Spätoperationen werden durch dasselbe eingeschränkt. Können doch Clairmont und Haudeck (6) in ihrer schönen Monographie über die Bedeutung der Magenradiologie für die Chirurgie behaupten: „In allen Fällen, in denen der Röntgenbefund negativ war, ergab auch die auf Grund klinischer Verdachtsmomente vorgenommene Operation keinen pathologischen Befund am Magen.“ Doch kann das Röntgenbild die übrigen klinischen Untersuchungsverfahren nur ergänzen, nicht ersetzen [de Quervain (32)].

v. Elischer (9) versucht durch Ausarbeitung neuer Verfahren die Einwände, die gegen die Riedersche Probemahlzeit wegen der adstringierenden Wirkung und des hohen spezifischen Gewichts des Wismuts gemacht wurden, auf ihre Stichhaltigkeit zu prüfen und kommt zu dem Schluss, dass durch den Wismutbrei ein falsches oder verzerrtes Bild des Magens nicht zustande kommt.

Haudeck (17 und 19) bezeichnet als die hauptsächlichen radiologischen Ulkussymptome Nische, Querraffung des Magens (= Sanduhrenge) und Motilitätsstörung. Die Nische ist stets Operationsindikation, die beiden anderen Zeichen nur bei höheren Graden. Die Zeichen des Karzinoms sind die durch den Tumor bedingte Schattenaussparung (= umschriebene Füllungsdefekt des Magens), Verkleinerung des Magens durch Schrumpfung, Stenosezeichen wie beim Ulkus (abnorm tiefe Peristaltik, Antiperistaltik, Motilitätsstörung). Das Hauptkriterium der Resezierbarkeit ist das Fehlen der Schrumpfung. Die Röntgenuntersuchung vermag den Zeitpunkt der Diagnose des Krebses um Monate nach vorn zu verschieben.

Das Duodenalgeschwür kann alle radiographischen Zeichen vermissen lassen. Häufig findet sich jedoch Retention von Darminhalt im Duodenum mit geringgradiger

Duodenalverengerung, kleine Nische, ausgesprochener Druckpunkt über dem Duodenum, der sich mit dem Zwölffingerdarm beim Baucheinziehen verschiebt, wenig herabgesetzte Magenmotilität [Haudeck (16)]. Neben Resten im Magen nach sechs Stunden fand Kreuzfuchs (26) eine gesteigerte Magentätigkeit, die er beim Duodenalgeschwür für typisch hält. In einer zweiten Arbeit behandelt Kreuzfuchs (25) die Technik der Röntgenuntersuchung beim Duodenalgeschwür, besonders was die Darstellung der Nische (des Wismutfleckes) anlangt.

Erstes Symptom einer Dünndarmverengerung ist nach Novák (29) eine abnorme Füllung des prästenotischen Abschnittes. Weiter sind in diesem Abschnitt beständige Formveränderungen als Ausdruck einer regen, effektlosen Peristaltik zu beobachten.

Ein besonders dankbares Gebiet für die Röntgendiagnose stellt der Dickdarm dar, bei dem als Kontrastmittel in erster Linie der Wismuteinlauf verwendet wird. Schwarz (37) an der Klinik v. Noorden gibt eine aufgekochte und mit kaltem Wasser angerührte Barium-Mondamin-Mischung als Einlauf. Krauss (24) lässt durch ein Darmrohr oder durch einen Nelatonkatheter Sauerstoff in den Dickdarm vorsichtig einströmen, bis der zu untersuchende Darmabschnitt vollen tympanitischen Schall gibt.

Ein kombiniertes Verfahren, Wismutmahlzeit und Wismuteinlauf, empfiehlt Voorhoeve (44) zur Diagnose der Magenquerdarmfistel. Ihr wesentliches Zeichen ist der unmittelbare Übergang der Wismutmengen vom Magen ins Kolon. Zeitweise ist der der Fistel entsprechende Wismutschatten nachweisbar [Haudeck (15)]. Ist die Fistel nur einseitig im umgekehrten Sinne durchgängig, so dringt umgekehrt der Wismuteinlauf unmittelbar aus dem Kolon in den Magen vor.

2. Magen[1]).

1. *Allessandrini, I nuovi orizzanti della diagnostica del carcinoma gastrico. Rivista ospedaliera. Vol. 2. Nr. 5. Roma. 1. Marzo.
2. Alvarez, Celestino, Nuevo tratamiento quirurgico de la ulcera de estomago. Revista de med. y cirurgia prácticas de Madrid. Nr. 1244. (Dehnung der zum Magen laufenden Äste des Sympathikus.)
3. *Aschoff, Über die mechanischen Momente in der Pathogenese des runden Magengeschwürs und seine Beziehungen zum Krebs. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 11.
4. Balliano, A., Contributo allo studio della cosi detta „stenosi ipertrofica benigna del piloro". Giorn. di med. milit. LX. 4. (Ist doch nicht immer gutartig.)
5. Báron, A., Eine einfache Verschlussnaht des Magenlumens. Zentralbl. f. Chir. Nr. 47. p. 1601. (Hin- und zurücklaufende Matratzennaht, angelegt durch Grasersche Zange.)
6. *Bartz, R., Über gedeckte Magenperforation. Zentralbl. f. Chir. Nr. 39. p. 1322.
7. *Bastianelli, P., A qual punto si trova il problema operativo della cura dell' ulcera gastrica? Clin. chir. Nr. 7.
8. Bircher, E., Operativ geheilte Gastritis phlegmonosa. Schweizer Rundschau f. Med. Nr. 25. (Am Pylorusdrittel, Gastroenterostomie, Cholecystektomie, Heilung.)
9. *Borszéky, K., und A. Báron, Zur Behandlung des kallösen Magengeschwürs. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 77. Heft 2. (Zur Pylorusausschaltung genügt Abbinden mit starkem Seidenfaden.)
10. *Borszéky, K., Über Indikation und Technik der Pylorusausschaltung. Orvosi Hetilap. Nr. 49. (Ungarisch.) (Umschnürung mit dem Faden hat keinen dauernden Erfolg.)
11. Brenzier, Gastroenterostomy. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 58. Nr. 13. (Spreizinstrument.)
12. *Bunts, Infantile hypertrophic stenosis of the pylorus based upon a personal experience of seven operated cases. Amer. Journ. of the med. sciences. Jan.
13. *Burk, W., Die chirurgische Behandlung gutartiger Magenerkrankungen und ihrer Folgezustände. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 76. Heft 3.
14. *v. Cackovic, Über das Ulcus ventriculi im Kindesalter und seine Folgen. v. Langenbecks Arch. Bd. 98. Heft 2.
15. *Carpenter and Blackford, Involvement of regional lymphatic glands in carcinoma of the stomach. Annals of Surg. June.

[1]) Radiologisches siehe Abschn. C.

16. Cernezzi, A., La sutura duodeno-gastrica termino-terminale (prima maniera del Billroth) dopo la pilorectomia. Clin. chir. Nr. 6.
17. *Chalier, J., et Nové-Josserand, Tumeur inflammatoire sténosante du pylore d'origine Tuberculeuse. Lyon chir. 1911. Tome 6. p. 389.
18. *Chessin, W., und A. Feldmann, Zur Lehre vom experimentellen Magengeschwür. Chir. Arch. Weljaminowa. Bd. 28. p. 818.
19. *Cheyne, Douglas Gordon, A case of fibromyoma of the stomach. Brit. med. Journ. Jan. 20.
20. *Chosrojew, G. P., Ein Fall von Polyposis des Magens. Prakt. Wratsch. Nr. 49. u 50. (Bei einem 36jährigen Manne, bemerkt zwei Jahre nach Dysenterie, durch Exstirpation geheilt.)
21. *Citronblatt, A., Zur Klinik und Pathologie des perforierten Magen- und Duodenalgeschwürs. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 117. p. 120.
22. Coenen, H., Die Lungengangrän als Komplikation nach ausgedehnten Magen- und Duodenumresektionen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 25. (Prognose absolut ungünstig, unter 136 Magen- und Duodenumresektionen achtmal beobachtet.)
23. Davis, The effect of scarlet red on defects in the mucous membrane of the stomach. Bull. of the John Hopkins Hospital. Nov. (Zum Teil liess sich anregende Wirkung nachweisen.)
24. Dehn, Vom intermittierenden Sanduhrmagen. St. Petersburger med. Zeitschr. Nr. 16. (Diagnose schwierig, Röntgen in verschiedener Körperlage!)
25. *Devrushinski, S. F., Über die chirurgische Behandlung der mit Erweiterung einhergehenden Ptosis. v. Langenbecks Arch. Bd. 98. Heft 3. Chirurgia. Bd. 31. März.
26. Dobson, J. F., Excision of gastric ulcer. Brit. med. Journ. Oct. 5. (Ausschneidung genügt nicht!)
27. Draper and Mac Carty, Autolytic excision by a pentagonal compression suture. Surg., gyn. and obst. XIV. 6. (Experimentelle Studie; durch eigenartig angelegte Nähte gelingt es, den von ihnen umkreisten Teil der Magenwand zum Absterben zu bringen.)
28. *Einstein, G., Zur Differentialdiagnose zwischen Carcinoma ventriculi und Apepsia simplex. Med. Klinik. p. 484.
29. Eisler und Kreuzfuchs, Die diagnostische Bedeutung der duodenalen Magenmotilität. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 41.
30. *Elliot, The clinical features and treatment of acute perforating gastric and duodenal ulcers. Annals of Surg. April and May.
31. *Exner, A., und E. Schwarzmann, Tabische Krisis, Ulcus ventriculi und Vagus. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 38.
32. *Federmann, Über die Grenzen der Operabilität des Magenkarzinoms. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 4.
33. *Feurer, Zur Diagnose des Magenkarzinoms. Mitteilungen aus den Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 24. Heft 4 u. 5. p. 870.
34. — Erfahrungen über Magenresektion. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 116. p. 69.
35. *Fink, F. v., Erfahrungen über die chirurgische Behandlung des Magengeschwürs. v. Langenbecks Arch. Bd. 99. Heft 2.
36. *Finsterer, H., Lokalanästhesie bei Magenoperationen (Gastroenterostomien, Resektionen). Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 81. p. 266.
37. — Chronischer Circulus vitiosus nach Gastroenterostomie mit Einklemmung von Dünndarmschlingen im Mesokolonschlitz. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 81. p. 341. (Nach Gastroenterostomia retrocolica posterior.)
38. *Fonio, A., Über die Resultate der Untersuchungsmethode nach Gluzinski, modifiziert nach Kocher bei floridem Ulcus ventriculi. Ein Beitrag zur Magendiagnostik. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 116. p. 78. (Dreimalige Magensaftuntersuchung an einem Tage; entscheidend sind die relativen Werte des Salzsäuregehalts.)
39. *Gar, G., Die Resultate der chirurgischen Behandlung des Magenkrebses. Chirurgia. Bd. 31. Mai. (Russisch.)
40. *Giani, E., Sul valore della prova del glycyltriptofano nella diagnosi di carcinoma gastrico. Policlinico, Sez. med. XIX. 12.
41. Gockel, M., Sind bei der chronischen Stauungsinsuffizienz des Magens die gebräuchlichen häufigen Spülungen und Ausheberungen entbehrlich? Med. Klinik. p. 1231.

(Ja, wenn man drei- oder viermal täglich 1 Teelöffel 25 %igen Magnesiumperhydrols einnehmen lässt.)

42. Gosset, A., et P. Masson, Cancer intestinal de l'estomac. Presse méd. (Hypothesen über das Muttergewebe des Magenkrebses.)
43. *— Le sarcome primitif de l'estomac. Presse méd. Nr. 22.
44. *Graff, E. v., Ein Fall von primärem Sarkom des Magens. Resektion. Heilung. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 26.
45. *Grekow, Motorische Insuffizienz des Magens auf der Basis von Perigastritiden gonorrhoischer Provenienz. Zentralbl. f. Chir. Nr. 4. p. 105.
46. *Haberer, H. v., Der gegenwärtige Stand chirurgischer Indikationsstellung und Therapie bei Carcinoma und Ulcus ventriculi. Wiener med. Wochenschr. Nr. 46 u. 47.
47. *— Über unilaterale Pylorusausschaltung. v. Langenbecks Arch. Bd. 100. Heft 1. (Das Verfahren v. Eiselsberg ist das beste.)
48. — Volvulus des Magens bei Karzinom. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Chir. Bd. 41. I. 197. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 115. p. 497. (Mit wenig stürmischen Symptomen, erste Beobachtung von Volvulus bei Karzinom.)
49. *Hake, M., Zur Kasuistik der Myome des Magen-Darmkanals. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 78. Heft 2. p. 414.
50. Hacker, Zum operativen Verschluss der Magen- und Darmfistel. Zentralbl. f. Chir. Nr. 23. p. 769.
51. *Hammesfahr, A., Resektion oder Gastroenterostomie beim pylorusfernen Ulcus ventriculi? v. Langenbecks Arch. Bd. 98. Heft 2.
52. *Hausmann, T., Über Magensyphilis. Prakt. Wratsch. Nr. 27 u. 28.
53. Heiligtag, Durch Operation geheilter Durchbruch eines Magengeschwürs in die freie Bauchhöhle. Deutsche militärärztl. Zeitschr. Heft 23. (Bei einem 30 Jahre alten Kasernenwärter, Ausschneiden des Geschwüres und Naht sieben Stunden nach der Perforation.)
54. *Hesse, Otto, Das Magensarkom. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 15. Heft 6. p. 550.
55. Heyrovsky, Kardiospasmus und Ulcus ventriculi. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 38.
56. *— Magenschleimhautbefunde bei Ulcus ventriculi und Karzinom. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 2.
57. Hichens, S., and N. B. Odgers, A case of vegetable gastrolith. Brit. med. Journ. March 16. (Durch Kokosnussfasern zusammengeklebt.)
58. *Hill, W., On gastroscopy. 46 S. 53 Abbild. (zum Teil Tafeln). London, J. Bale, Sons and Danielson.
59. Hoke, E., Zur Kasuistik der Angina abdominalis. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 23. p. 880. (Beseitigt durch Amylnitrit-Inhalation.)
60. *Hölscher, F., Zur Operation des perforierten Magen- und Duodenalgeschwürs. Zentralbl. f. Chir. Nr. 24. p. 816. (Tamponade und wenn möglich Gastroenterostomie.)
61. Huettenbach, Ein Fall von Trichobezoar des Magens bei Infantilismus. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 24. Heft 1. (Bei einem 18 jährigen Mädchen, operativ geheilt. Abbildung. Literatur.)
62. Janssen, Die Resultate der Gastroenterostomose bei bösartigen und gutartigen Magenerkrankungen. Therap. Monatshefte. Nr. 10.
63. Jones, Hunger pain. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 59. Nr. 13. (Spricht nicht eindeutig für Geschwüre am Magen oder Duodenum.)
64. *Kayser, Die Leistungen des Röntgenverfahrens und der Glyzyl-Tryptophanreaktion für die Diagnose des Magenkarzinoms. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 12.
65. Kelling, G., Mitteilungen zur Technik der Magenresektion beim Karzinom. v. Langenbecks Arch. Bd. 99. Heft 3. (Grosse Reihe technischer Einzelheiten.)
66. *— Über die Frühdiagnose der Krebse des Verdauungskanals mit besonderer Berücksichtigung der serologischen Methoden. Arch. f. Verdauungskrankheiten. Bd. 18. Heft 3.
67. Kerr, Volvulus of the stomach. Annals of Surg. Nov. (Literatur.)
68. Klemm, Indikationen zur Operation beim Ulcus ventriculi. St. Petersburger med. Zeitschr. Nr. 20.
69. *Kocher, A., Über Ulcus ventriculi und Gastroenterostomie. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Chir. Bd. 41. II. 415.

70. *Kocher, Über den Wert der Gastroenterostomie. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 116. p. 183.
71. *Kümmell, Über Indikationen zur chirurgischen und internen Behandlung der Magenerkrankungen und deren operative Dauererfolge. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 9 und 10.
72. Kunika, S., Statistische Mitteilung über die Resultate des Wilmschen Verfahrens zur Stumpfversorgung bei Magenresektion. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 118. p. 483.
73. *Lauper, O. J., Zur Operation des perforierten Magen- und Duodenalgeschwürs. Zentralbl. f. Chir. Nr. 9. p. 286. (Tamponade der Perforationsstelle möglichst mit Gastroenterostomia retrocolica!)
74. Lecène, Cinq cas de perforations d'ulcères de l'estomac ou du duodénum opérées précocement et guéries. Presse méd. Nr. 86. (Versorgung der Durchbruchstelle und hintere Gastroenterostomie.)
75. Leriche, R., Über einen Fall von primärem, akutem Magen-Duodenalverschluss. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 119. p. 583. (Ursache lange Periode Aerophagie; Gastroenterostomie, Exitus.)
76. *Leriche, L., et E. Bressot, L'exclusion du duodénum et l'exclusion du pylore. Lyon chir. 1911. Tome 6. p. 413. (Nur die Durchschneidung des Pylorus mit Nahtverschluss der Lichtungen gibt eine sichere Ausschaltung.)
77. *Lewitt and Porter, Pyloric obstruction in infants with muscular hypertrophy at the pylorus. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 58. Nr. 4.
78. Lewit, W., Zur Frage des Verschlusses des Duodenalstumpfes nach umfangreicher Resektion des Magens. Zentralbl. f. Chir. Nr. 22. p. 740.
79. *Licini, Cesare, Über experimentelle Erzeugung von Magengeschwüren. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 79. Heft 2.
80. Lieblein, V., Zur Kasuistik der Geschwüre der kleinen Kurvatur und linken Magenwand. Prager med. Wochenschr. Nr. 19.
81. Lindner, Über das Magengeschwür vom chirurgischen Standpunkt. Münch. med. Wochenschr. Nr. 10. 11.
82. Loewit, Beitrag zu den Myomen und primären Sarkomen des Magens. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 45.
83. *Lotsch, Fr., Pylorusinvagination infolge polypösen Myoms. Virchows Arch. Bd. 209. p. 227. (Bei der Sektion gefundenes Unikum.)
84. *Mac Laren and Daugherty, A Study of pyloroptosis: gastric atony as the original cause of neurasthenia, and its cure. Transact. of the Amer. Surg. Assoc. Vol. 29. 1911.
85. Madsen, A., Über Gastroenterostomietechnik. Hospitalstidende. Nr. 1. (Dänisch.) (Fügt der Gastroenterostomia retrocolica regelmässig die Enteroanastomose zu.)
86. *Magengeschwür-Diskussion, Chirurgenkongress. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Chir. I. p. 162.
87. Manasse, P., Zur Lehre vom Pylorospasmus. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 6. (Zwei Fälle ohne motorische Insuffizienz, Hypersekretion und Hyperchlorhydrie. Ursache einmal Myom der Pars pylorica, einmal Varizen der Magenwand.)
88. Mauclaire, Deux cas de circulus viciosus traités par position genupectorale. Arch. gén. de chir. VI. 6. (Die Lagerung ist stets durch 24 Stunden zu versuchen, bevor zur Relaparotomie geschritten wird.)
89. Mayo, W. J., Management of the opening in the transverse mesocolon in completing the operation for posterior gastrojejunostomy. Annals of Surg. March.
90. *— Ulcer of the stomach and duodenum, with special reference to the end results. Transact. of the Amer. Surg. Assoc. 1911. Vol. 29.
91. *— Cancer of the stomach. Surg., Gyn. and Obst. XIV. 2.
92. Mocquot Pierre et L. Houdard, La valeur topographique des vaines de la région pylorique. Revue de chir. 32 Année. Nr. 3. (Im Verhältnis zum Pylorus inkonstant. 13 Abbildungen.)
93. Moreau, De la récidive des ulcéres après la gastroentérostomie pour sténose non néoplasique du pylore. Arch. gén. de chir. VI. 6.
94. *Moure, De l'examen gastroscopique. Sa technique et sa valeur clinique. Presse méd. Nr. 10.
95. *Paganelli e Oliva, L'esclusione del piloro col metodo Parlavecchio. Clin. chir. Nr. 9. (Schlinge um den Pylorusteil schneidet ein; beobachtet bei Hunden.)

96. Parcelier, Etude du cancer du cardia. Arch. prov. de chir. Tome 21. Nr. 3. Mars. (Umfassende Arbeit.)
97. Pauchet, V., Faux et vrais gastropathes en chirurgie. Ann. internat. de chir. gastro-intestinale. Nr. 1. (Von 10 angeblich Magenkranken liegt nur bei einem ein organisches Magenleiden vor.)
98. Payr, Eine Magen-Darmquetschzange und instrumentelle Behelfe für die Querresektion des Magens. Zentralbl. f. Chir. Nr. 14. p. 457.
99. *Petrén, G., Studien über die Ergebnisse der chirurgischen Behandlung des Magen- und Duodenalgeschwürs mit ihren nicht-akuten Komplikationen. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 76. Heft 2. p. 305. 1911.
100. *— On the late results of operation for perforation of gastric or duodenal ulcer. Surg., Gyn. and Obst. XIV. 6.
101. Pochhammer, Eine neue Methode permanenter intestinaler Infusion nach Magenresektion. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Chir. Bd. 41. I. 356. (Mittelst eines in den Dünndarm geführten, nach Art der Witzelschen Schrägfistel befestigten dünnen Ureterkatheters, der nach 5—6 Tagen mühelos herausgezogen werden kann.)
102. *Pohl, W., Kasuistischer Beitrag zur Frage der primären Magenaktinomykose. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 117. p. 195.
103. *Polya, Zur Kenntnis der Magenmyome. Pester med.-chir. Presse. Nr. 28.
104. — Gastroduodenostomie nach Finney. Orvosi Hetilap. Nr. 48. (Ungarisch.)
105. *Rammstedt, Zur Operation der angeborenen Pylorusstenose. Med. Klinik. p. 1702.
106. *Randisi, F., 4 casi di esclusione del piloro operati con successo col metodo del Parlavecchio. Clin. chir. Nr. 10. (Voller Erfolg.)
107. *Ransohoff, Gastroenteroptosis. Surg., Gyn. and Obst. XV. 1.
108. *— The operative treatment of gastroenteroptosis. Boston med. and surg. Journ. Sept. 12.
109. Reinecke, Volvulus des Pylorusteils eines Sanduhrmagens. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 119. p. 149. (Ein Fall mit Erfolg operiert. Literatur.)
110. *Riedel, Das jetzige Verhalten von 18 wegen Ulcus curvat. min. mit Entfernung des mittleren Teiles vom Magen behandelten Kranken. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Chir. Bd. 41. II. 62.
111. Roemheld, Totale Magenexstirpation bei Magenschrumpfung. Med. Korr.-Blatt d. württemb. ärztl. Landesvereins. Nov. 16. (49jährige Frau, Heilung.)
112. *Rovsing, The value of direct gastroduodenoscopy in affections of the stomach and the duodenum. Annals of Surg. Aug. Amer. Surg. Assoc. Number.
113. *— Gastrocoloptosis. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 59. Nr. 5.
114. Russel, W., The position of the stomach as a guide to pyloric or duodenal difficulty. Edinb. med. Journ. Vol. 8. Nr. 1. Jan. (Verschiebungen des Pylorus z. B. nach rechts oder oben sind oft die Ursache hartnäckiger Magenbeschwerden.)
115. *Schnitzler, Gedeckte Magenperforation. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Chir. Bd. 41. I. 189.
116. Schütz, Über Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 41.
117. *Scudder, Congenital stenosis of the pylorus. Surg., Gyn. and Obst. XIV. 4.
118. *Silvio Porta, Studio sperimentale comparativo intorno agli esiti lontani di alcuni processi di esclusione pilorica. Gazz. internaz. di med. etc. Napoli. (Faden nach Parlavecchio ist bei Hunden nach 4—7 Monaten durchgeschnitten; damit der Erfolg hinfällig.)
119. Spassokukotzki, S., Die Magenresektion als Radikal- und Palliativoperation. Chir. Arch. Weljaminowa. Bd. 28. p. 739.
119a. Stieda, Der gegenwärtige Stand der Gastroskopie. Erg. d. Chirurg. u. Orthop. Bd. IV. S. 387. (Literatur.)
120. *Sussmann, Martin, Zur Dioptrik des Gastroskops. Therapie d. Gegenw. Heft 3. (15 Abbildungen.)
121. *Tappeiner, Fr. H. v., Zur Frage der Pylorusausschaltung. Experimentelle Untersuchungen. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 80. Heft 2. p. 408.
122. *Témoin, Résultats immédiats et éloignés de 168 résections partielles ou subtotales de l'estomac pour cancers de la région pylorique. Bull. de l'acad. 1911. Nr. 33.
123. *Tokuo Suzuki, Über experimentelle Erzeugung der Magengeschwüre. v. Langenbecks Arch. Bd. 98. Heft 3.
124. Turner, Pyloroplasty. Surg., Gyn. and Obst. XIV. 6. (Ehrenrettung des Verfahrens, das zu Unrecht vernachlässigt wird.)

125. *Ungar, K., Über das gleichzeitige Vorkommen von Ulcus rotundum und Myom des Magens. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 50.
126. Verson, S., Beitrag zum Studium der Gastrectomia totalis. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 8. p. 292. (Bei Hunden auf dem transpleuralen Wege.)
127. *Wilms, Umschnürung und Verschluss des Pylorus durch Faszienstreifen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 3. (Zur Pylorusausschaltung mit vollem Erfolg.)
128. *Zoeppritz, Der Nachweis von okkultem Blut im Stuhl und Mageninhalt und seine Beziehungen zur Diagnose chirurgischer Magenkrankheiten, insbesondere zur Frühdiagnose des Magenkarzinoms. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 24. Heft 3. p. 538.
129. — Bemerkungen zur Technik des Nachweises von okkultem Blut mittelst der Guajakreaktion. Aus der chir. Klinik zu Kiel Prof. Anschütz. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 4.

Die Gastroskopie, die nicht mehr als gefährliches und unzulängliches Verfahren angesehen werden darf, sondern als wichtige Ergänzung der diagnostischen Hilfsmittel, wird monographisch bearbeitet von Hill (58) und in umfassender Arbeit von Stieda (119a). Sussmann (120) erläutert in allgemeinverständlicher Art die physikalischen Grundlagen zum Verständnis der Dioptrik des Gastroskops in Parallele mit der des Kystoskops. Rovsing (113) gibt ein Gastroskop an, mit dem auch die kleinen blutenden, leicht übersehbaren Geschwüre bemerkt werden. Moure (94) bringt einen Apparat, der im wesentlichen dem von Loening-Stieda ähnlich ist.

Die Therapie der angeborenen Pylorusstenose [Symptome nach Bunts (12): ständiges Erbrechen, Abmagern, sichtbare Erweiterung des Magens, sichtbare Magenperistaltik, Verminderung oder Fehlen von Stuhlgang, Anurie, tastbare Geschwulst der Pylorusgegend] erfährt eine wesentliche Förderung durch Rammstedt (105). Während Bunts (12), Scudder (117) und Lewit und Porter (77) noch an der Bekämpfung des ohne Eingriff meist tödlich verlaufenden Leidens mittelst Gastroenterostomie festhalten, durchschneidet Rammstedt (105) einfach mit bestem Erfolg den stark hypertrophischen Ringmuskel des Pförtners bis auf die Schleimhaut.

Die Behandlung der Gastroenteroptosis wird besonders von amerikanischer Seite bearbeitet. Nach Mac Laren und Daugherty (84) sind grosser Fettgehalt der Nahrung und Liegen auf der rechten Seite in vielen Fällen die besten Heilmittel. Deyrushinski (25) empfiehlt die Pylorusresektion. Rovsing (113) setzt ausführlich seine sorgfältig durchdachten Operationsverfahren auseinander, während Ransohoff (107) besonders die Neurasthenie und andere begleitende oder ursächliche Erkrankungen würdigt.

Das Hauptinteresse wendet sich nach wie vor dem Magengeschwür zu. Die experimentelle Erzeugung von Magengeschwüren ist zwar in vollstem Masse gelungen [Tokuo Suzuki (123). Licini (79)], hat aber insofern zu unbefriedigenden Ergebnissen geführt, als diesen Geschwüren eine starke Heilungstendenz innewohnt, auch wenn man zu der örtlichen Schädigung eine allgemeine Schwächung des Organismus, wie die der Chlorose ähnliche Bluterkrankung durch Pyridininjektionen hinzufügt [Chessin und A. Feldmann (18)].

Aschoff (3) zieht für die Entstehung des akuten Magengeschwürs neben Traumen, chemischen und thermischen Reizen auch Zirkulationsstörungen mit heran. Dagegen sind für den Sitz, die Form und das Chronischwerden des Geschwürs in erster Linie mechanische Momente, lange Stillstandsberührung mit dem Magensaft, mechanische Reibung und Schiebung verantwortlich. Exner und Schwarzmann (31) fanden bei Vagotomien wegen tabischer Krisen unverhältnismässig häufig Narben von Magengeschwüren oder offene Geschwüre. Da sich beim Kaninchen durch Vagusdurchschneidung Magengeschwüre erzielen lassen, lässt sich der Gedanke an den ursächlichen Zusammenhang dieser Erscheinungen nicht von der Hand weisen.

Nach v. Cackovic (14) ist das Ulcus ventriculi zwar im Alter vom 20. bis 40. Lebensjahr am häufigsten, aber auch im Kindesalter keineswegs so selten, wie bisher angenommen wurde. Die Folgen, Perforation und Narbenstenose, ähneln den beim Erwachsenen beobachteten.

Bei Magengeschwürfällen fand Heyrovsky (56) in 51,5 % der Fälle ausgesprochene Gastritis; bei Duodenalgeschwüren wurde in 42,9 %, beim Geschwürskarzinom in 66,6 % und beim Krebs in 78,5 % Gastritis festgestellt. Die Prognose operierter Geschwüre mit gesunder Schleimhaut ist besser (64,6 % frei von Beschwerden), als solcher mit entzündeter Schleimhaut (46,2 % frei von Beschwerden).

Neben einer grossen Anzahl wertvoller Arbeiten über die chirurgische Therapie des Magengeschwürs [Kümell (71), Burk (13), Riedel (110), Mayo (90), Petrén (99), v. Fink (35), Lindner (81) und v. Haberer (46) am Schluss des Berichtsjahres] brachte vor allem die Diskussion auf dem deutschen Chirurgenkongress (86) eine Förderung dieser Frage. Als neue Tatsache liegt die Erkenntnis vor, dass die gefürchtete krebsige Entartung des Magengeschwürs nicht so häufig ist, als früher besonders auf Grund der Arbeiten der Mayoschen Schule angenommen wurde, dass es sich vielmehr häufig um geschwürig veränderte Krebse des Magens handelt [Aschoff (3)]. Die klinische Untersuchung dieser Zustände ist aber möglich auf Grund des Gluzinski-Verfahrens, das Fonio (38) in bemerkenswerter Arbeit ausbaut. Für solche krebsigen oder krebsverdächtigen Fälle bleibt die Magenresektion das Normalverfahren (Riedel, Payr). Als prinzipielle Operationsmethode wahllos bei jedem Geschwür ausgeführt hält Kocher jun. (69) ihr die Grabrede. Durch Weiterbeobachtung von 64 mit Gastroenterostomie behandelten Ulkusfällen aus einer Gesamtzahl von 80 stellte er fest, dass die Gastroenterostomie die spätere krebsige Umwandlung verhindert, weil sie die Abheilung der Geschwüre fördert. Die Gastroenterostomie ist also das Normalverfahren, nur die krebsig entarteten oder krebsverdächtigen Geschwüre sollen radikal entfernt werden. Neben anderen weisen Hammesfahr (51), Borszéky (10), Borszéky und Báron (9), Bastianelli (7), Leriche und Bressot (76) und v. Haberer (46 und 47) besonders auf die Wichtigkeit der Pylorusausschaltung neben der Gastroenterostomie hin, die Kocher (69) indes für schädlich hält, da durch sie die Restitutio ad integrum unmöglich gemacht wird.

Besonders gründlich wird die Perforation des Magen- und Duodenalgeschwürs von Elliot (30) besprochen. Klinische Zeichen: in erster Linie Schmerz im Epigastrium und Erbrechen, seltener Schock, weitere Zeichen Bauchdeckenspannung und Dämpfung in der rechten oder linken unteren Bauchgegend. Schock verhindert nicht den sofortigen Eingriff. Nahtverschluss des Geschwürs! Gastroenterostomie nur zufügen, wenn durch die Naht des Geschwürs störende Verengerungen des Magens oder Darmes hinzutreten. Ähnlich urteilt Petrén (100) über die Notwendigkeit der Gastroenterostomie. Operiert man innerhalb der ersten 24—48 Stunden, so werden zwei Drittel der Fälle gerettet. Citronblatt (21) vermisst vielfach die typischen Zeichen der Perforation und rät deshalb zur Probelaparotomie. Hölscher (60) und Lauper (73) empfehlen in schwierigen Fällen die Perforationsstelle zu tamponieren und möglichst die Gastroenterostomie anzuschliessen. Beobachtungen über gedeckte Magenperforationen, d. h. solche Perforationen, bei denen dem Durchbruch unmittelbar die schützende Anlagerung eines Bauchorganes oder der Bauchwand folgt, die daher spontaner Ausheilung fähig sind, teilen Schnitzler (115) und Bartz (6) mit. Nach Schnitzler geht der Penetration eines Magenulkus in ein benachbartes Organ niemals ein Adhäsionsprozess vorher, sondern der Einbruch erfolgt auf dem Wege der gedeckten Perforation.

In der Magenkarzinomliteratur konzentriert sich das Interesse wieder auf die frühzeitige Diagnose des Krebses. Die Arbeit von Fonio (38) wurde eben schon erwähnt. Nach Zoeppritz (129) ist der regelmässige okkulte Blutbefund im Mageninhalt das konstanteste und zuverlässigste der nicht spezifischen frühen Magenkrebszeichen. Negativer Blutbefund im Stuhl spricht mit fast absoluter Sicherheit gegen Magenkrebs. Da sich jedes Verfahren bei der Krebsdiagnose allein genommen als unzuverlässig erwiesen hat, versucht Feurer (33) durch systematische Kombinierung mehrerer Verfahren Besseres zu erreichen, ohne indessen zu einem befriedigenden Resultat zu kommen. Kelling (66) hält allen Anfechtungen gegenüber an dem Wert seiner serologischen Untersuchungsverfahren für die frühe Krebsdiagnose fest. Nach Einstein (28) spricht bei der Differentialdiagnose zwischen Karzinom und Apepsia simplex hoher Eiweissgehalt des Mageninhalts für krebsige Apepsie. Allessandrini (1) stellt die biologischen Untersuchungsverfahren zusammen. Nach Giani (44) ist die Neubauer-Fischersche Glyzyltryptofan-Probe weder ein sicherer, noch ein wahrscheinlicher Beweis für den Krebs. Etwas günstiger sind Kaysers (64) Erfahrungen mit der letzterwähnten Probe; positiv macht sie Krebs in hohem Grade wahrscheinlich, negativ schliesst sie Krebs nicht aus. Mayo (91) ist allen Untersuchungsverfahren, eingeschlossen das Röntgenverfahren, gegenüber skeptisch und empfiehlt bei verlangsamter Magenentleerung oder fühlbarem Tumor frühe Probelaparotomie.

Carpenter und Blackfords (15) Untersuchungen über die krebsige Entartung der regionären Drüsen bei Magenkrebs ergaben bei etwa der Hälfte der exstirpierten Drüsen Einbeziehung in den krebsigen Prozess. Weder die Dauer der klinischen Zeichen, noch Alter und Geschlecht des Kranken stehen im Verhältnis zur Ausdehnung der karzinomatös erkrankten Drüsen. Erst die mikroskopische Untersuchung lässt sichere Schlüsse

auf den Zustand der Drüsen zu. Témoin (122) glaubt, dass die Drüsenvergrösserung meist entzündlicher Natur ist. Er lässt die Drüsen daher unberücksichtigt. Trotzdem sind seine Operationserfolge verhältnismässig gut. Primäre Mortalität um 30 %; gute Dauerresultate bei rund 20 %. Eine ähnliche Statistik teilt Gar (39) mit (28 % primäre Mortalität).

Nach Federmann (32) ist die Magenresektion ausführbar, solange ein handbreites Stück an der Kardia gesund ist, wenn Leber und Pankreas frei sind. Mitbeteiligung des Querkolon ist kein Hindernis. Entfernte Metastasen und Aszites sind Kontraindikationen. Auch bei kleineren Karzinomen ist die subtotale Resektion empfehlenswert.

Über das Magensarkom liegt das Übersichtsreferat von Hesse (54) vor, ferner Mitteilungen von Gosset (43) und v. Graff (44), über Myome Arbeiten von Cheyne (19), Hake (49), Polya (103) und Ungar (125), über Polyposis Chosrojews (20) Bericht und Lotsch (83) Mitteilungen von Pylorusinvagination bei Polyposis, über Aktinomykose berichtet Pohl (102) und über Tuberkulose J. Chalier und Nové-Josserand (17). Hausmann (52) hat durch seine Gleitpalpation einen syphilitischen Tumor am Magen entdeckt (Gumma des Pförtners), den er durch Salvarsan-Quecksilberbehandlung zur Heilung brachte. Grekow (45) endlich sondert eine bestimmte Gruppe von Perigastritiden aus, welche die Folge einer gonorrhoischen oder sonstigen Infektion von seiten der Genitalsphäre sind und Impermeabilität des Pylorus mit nachfolgender Erweiterung des Magens hervorrufen können. Unerlässliche Bedingung zu ihrer Entstehung ist schwache Virulenz der ursächlichen Bakterien; daher ist gerade der Gonococcus zu ihrer Erzeugung geeignet. Bei Frauen ist diese Art der Ätiologie nicht ausser acht zu lassen.

Von technischen Neuerungen sei die Empfehlung der Lokalanästhesie für Magenoperationen von Finsterer (36) erwähnt, die besonders in dem Fehlen von Kollaps nach der Operation, in der Verhütung der Atonie und trotz früherer Statistiken in der Verminderung der Zahl und Schwere der Lungenkomplikation grosse Vorteile sieht Unter besonderer Bedingung wird der Ätherrausch oder die Äthernarkose zuhilfe genommen.

Die Fadenumschlingung zur Pylorusausschaltung (Verfahren nach Parlavecchio) hat im Experiment und beim Menschen versagt [Borszéky (10), Leriche und Bressat (76), Paganelli und Oliva (95), Silvio Porta (118), v. Tappeiner (121)]; nur Randisi (106) sah von ihr Erfolge. Wilms (127) empfiehlt statt des Fadens Faszienstreifen, deren Dauerfunktion von v. Tappeiner (121) bestätigt werden. v. Tappeiner hält das Verfahren Wilms nächst der sehr eingreifenden Operation nach v. Eiselsberg für das beste, während v. Haberer (47) das v. Eiselsbergsche Vorgehen empfiehlt.

3. Darm[1]).

1. Adler, O., Karzinom des Kolon mit mehrmaligem Abgang hochsitzender Tumoren mit dem Stuhl. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 16. p. 594.
2. Albert, Mueller und Kondo, Über die Folgeerscheinungen nach operativer Entfernung der Längsmuskulatur des Darmes. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 24. Heft 3.
3. *Albrecht, H., Zur Frage der Antiperistaltik im Dickdarm bei schwerer Obstipation. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 29.
4. *Albu, Zur Diagnose und Therapie des Ulcus duodeni. Therapie d. Gegenw. Heft 6.
5. *— Über Colitis ulcerosa acuta. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 38.
6. Antona, Ant., Tuberculosi abdominali e specie gastrointestinale. Clin. chir. Nr. 8.
7. Assmann und Becker, Zur röntgenologischen Diagnostik und chirurgischen Therapie der Duodenalstenose. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 24. Heft 3. (Hervorgerufen durch ein Paket inoperabler tuberkulöser Drüsen. Gastroenterostomie, Besserung.)
8. Baldwin, True diverticulum of the coecum. A unique case. Med. Record. New York. Nr. 21.
9. *Barrington-Ward, Some aspects of intestinal stasis in children and its surgical treatment. Practitioner. Vol. 88. Nr. 4. p. 570.
10. *— Some end results of intestinal stasis in children. Surg., Gyn. and Obst. XV. 1.
11. Bassler, A., Medical versus surgical means of diagnosis and treatment of gastrointestinal diseases. Buffalo med. Journ. Vol. 68. Oct. (Gegen Probelaparotomie und gegen „Stehlen" der Appendix.)
12. *Bauer, Th., Über das Duodenaldivertikel. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 23. p. 879.

[1]) Radiologisches siehe Abschn. C. 1.

13. *Bevan, Dilatation of the large bowel. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 59. Nr. 2.
14. *Bier, A., Über das Ulcus duodeni. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 17 u. 18.
15. Black, Displacements of the colon. Annals of Surg. Dec.
16. Bircher, E., Der duodeno-jejunale Darmverschluss ein selbständiges Krankheitsbild. Zentralbl. f. Chir. Nr. 25. p. 843.
17. *Blad, Axel, Das chronische Duodenalgeschwür und seine chirurgische Behandlung. v. Langenbecks Arch. Bd. 99. Heft 2.
18. Bloodgood, Dilatation of the duodenum in relation to surgery of the stomach and colon. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 59. Nr. 2.
19. Brin, Volumineux coprolith causant l'occlusion intestinale par son arrêt dans le colon pelvien. Laparotomie; guérison. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. Tome 38. Nr. 35. p. 1300.
20. — Occlusion intestinale avec vaste phlegmon stercoral intraabdominal. Ouverture de ce phlegmon, dans une première laparotomie. Elimination immédiate spontanée d'une grêle gangrenée. Guérison opératoire de l'anus contre nature par entérostomie et suture après laparotomie. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. Tome 38. Nr. 35. p. 1302.
21. Brosch, A., Über neue Gesichtspunkte in der Behandlung suspekter Darmtumoren. Med. Klinik. p. 690. (Zellchemie, angewandt auf suspekte Darmtumoren.)
22. *Brun, V., Le complicazioni da ascaridi nella chirurgia infantile. Policlinico. Sez. chir. XIX. 41.
23. Buchstab, J. A., Zur Kasuistik der Fremdkörper im Darm. Russki Wratsch. Nr. 38.
23a. Burckhardt, Splanchnoptose. Ergebn. der Chir. u. Orthop. Bd. IV. S. 285. (Umfassende Arbeit.)
24. *Box, Charles R., Left-sided subphrenic abcess due to perforated duodenal ulcer. Brit. med. Journ. April 20.
25. Cavadias, La palpation méthodique du gros intestin. Presse méd. Nr. 90.
26. Chutro, Pedro, Diverticulo del ciego con diverticulitis. Revista de la soc. méd. Argentina. Vol. 20. p. 197.
27. *Coffey, The principles underlying the surgical treatment of gastrointestinal stasis due to causes other then strictural or ulcerative conditions. Surg., Gyn. and Obst. XV. 4. (Ausführliche Monographie.)
28. *Cotte, G., A propos de la péricolite membraneuse. Lyon chir. Tome 7. p. 63.
29. Cotton, F. J., Rupture of the bowel from compressed air; operation; recovery. Boston med. surg. Journ. April 11. (Vom Mastdarm aus eingedrungen. Siehe diesen Bericht Jahrg. 1912. p. 123. Andrews.)
30. Delfino, E. A., Contribution à l'étude du pincement latéral de l'intestin. Lyon chir. Tome 8. p. 553.
31. *Delore, X.. et H. Alamartine, A propos de deux cas de sténoses sus-caecales avec péricolite membraneuse. Revue de chir. 32 Année. Nr. 5.
32. Doebbelin, Durch Operation geheilter Durchbruch eines Duodenalgeschwürs in die freie Bauchhöhle. Deutsche militärärztl. Zeitschr. Heft 14.
33. Dominici, Die Darmausschaltung mit dem Verfahren von Parlavecchio. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 118. p. 399.
34. Douglas, Sarcoma of the small intestine. Annals of Surg. March.
35. Dowd, Acute phlegmonous inflammation of the large intestine. Annals of Surg. Oct. (Am absteigenden Kolon, durch Resektion geheilt.)
36. Drey, I., Abgang eines karzinomatösen Darmpolypen mit dem Stuhl. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 39.
37. Drummond, Inversion of Meckels diverticulum. Annals of Surg. March. (Sechs Fälle mit den Erscheinungen der Intussuszeption.)
38. Eccles, A., and F. Laidlaw, An analysis of a fourth series of 89 cases of intussusception. St. Bartholomews hospital reports. Vol. 47.
39. Edmunds, A., Acute intestinal obstruction in children. Pract. Vol. 89. Nr. 4. Oct. p. 445.
40. Einhorn, Indication for operations in diseases of the digestive tract. Med. Record. New York. July 13. Vol. 82. Nr. 2. (Gegen chirurgische Vielgeschäftigkeit und Probelaparotomien.)
41. *Ewald, Über Duodenalgeschwüre. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 17.

42. Faltin, Ein durch Resektion geheilter Fall von Gangrän des Dickdarms im Gebiete der A. mesenterica inferior nebst einem Verfahren, die Kontinuität des Darmes durch ein Stück Ileum wieder herzustellen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 114. p. 215.
43. Fantino, G., Contributo clinico allo studio delle occlusioni intestinali. Clin. chir. Nr. 3.
44. *Fieber, E. L., Zur Frage der Jodierung bei Operationen am Magen-Darmtrakt. Zentralbl. f. Chir. Nr. 34. p. 1161.
45. Finsterer, H., Zur Therapie des Volvulus der Flexura sigmoidea. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Chir. Bd. 41. II. 114. (Einzeitige Resektion!)
46. — Über doppelten Darmverschluss (Kombinationsileus). Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 81. p. 361. (Umfassende Arbeit.)
47. Fischer, Fälle von Invagination. Pester med.-chir. Presse. Nr. 48.
48. *Fischl, L., und F. Porges, Zur Appendikostomie bei ulzeröser Kolitis, zugleich ein Beitrag zur Kolonperistaltik. Prager med. Wochenschr. Nr. 45.
49. Flint, Undescended coecum in the sub-hepatic position. Bull. of the Johns Hopkins hospital. Sept.
50. — The effect of extensive resections of the small intestine. Bull. of the Johns Hopkins Hospital. May.
51. — Embryonic bands and membranes about the caecum. Bull. of the Johns Hopkins Hospital. Oct.
52. Fortacin, José Blanc, Obstrucciones y pseudo-obstrucciones intestinales. Revista de med. y cirurgia prácticas de Madrid. Nr. 1229.
53. Francini, M., Contributo allo studio della tuberculosi ipertrofica dell' intestino. Clin. chir. Nr. 10.
54. Frattin, G., Sulla patogenesi della peritonite traumatica senza perforazione intestinale. Policlinico. Sez. chir. XIX. 8. (Durch blosse Quetschung der Därme wurde auch bei Hunden Peritonitis erzielt.)
55. Friedrich, H., Über atypische Karzinome des Verdauungskanals. Med. Klinik. p. 563. (Kasuistische Mitteilungen.)
56. *Fritsche, E., Über die Verwendung der Jodtinktur bei Magen- und Darmoperationen. Bruns Beitr. z. klin. Chir Bd 77 Heft 2
57. *Gaardlund, W., Ein Fall von Dünndarminvagination mit einem Meckelschen Divertikel als Spitze, nebst einigen Bemerkungen über die operative Behandlung der Darminvagination. v. Langenbecks Arch. Bd. 98. Heft 2. (Schwierigkeiten in der Indikationsstellung zur Resektion werden erörtert.)
58. Gatch, Aseptic intestinal anastomosis. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 59. Nr. 3.
59. *Gergö, E., Durch Trichocephalus dispar erzeugtes Dickdarmgeschwür. Orvosi Hetilap. Nr. 23. (Ungarisch.)
60. *Gerster, Chronic colitis and pericolitis. Transact. of the Amer. surg. Assoc. Vol. 29. 1911.
61. *Gibson, The surgical treatment of colitis. Annals of surg. Jan.
62. *Giffin, The diagnosis of diverticulitis of the large bowel. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 59. Nr. 11.
63. Giorgi, G., Contributo allo studio invaginazioni croniche intestinal per lipomi. Clin. chir. Nr. 12.
64. *Mc Grath, Intestinal diverticula: their etiology and pathogenesis. Surg., Gyn. and Obst. XV. 4.
65. Grekow, Zur Frage der radikalen Behandlung und Verhütung von Rezidiven bei Achsendrehungen des S romanum. v. Langenbecks Arch. Bd. 97. Heft 4.
66. *Groth, Über die Anwendung des Hormonals in der Chirurgie. Med. Klinik. p. 1425.
67. Groves, E., Some cases illustrating the difficulty and importance of early diagnosis in acute intestinal obstruction. Bristol med. chir. Journ. March.
68. Goodrich, B. Rhodes, Etiology of adhesions occuring on the large intestine. Med. Record. Oct. 12. Vol. 89. Nr. 15. (Chronische Kotstauung, Senkung, venöse Stase, verminderter Tonus, toxischer Reiz der gestauten Kotmassen.)
69. Göppert, F., Ventilverschluss durch Abknickung im untersten Teil des Dickdarms im späteren Kindesalter. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 13.
70. Mc Guire, E., Perforations in duodenal ulcer. Buffalo med. Journ. Vol. 67. Nr. 11. June.

71. v. Haffner, Zur Therapie des Volvulus des Dickdarms. St. Petersburger med. Zeitschr. Nr. 10. (Ist die Darmwand unbeschädigt, genügt mehrfache Fixierung des Mesenterium; ist die Darmwand beschädigt, am Cökum einzeitig, an der Flexur zweizeitig resezieren!)
72. Haggard, Tumors of the small intestine. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 59. Nr. 4.
73. Halsted, A bulkhead suture of the intestine. Journ. of experim. Med. Vol. 000. Nr. 3.
74. Hardouin, P., Un cas de corps étranger volumineux du rectum ayant remonté jusqu' à l'angle splénique du côlon. Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris. 1911. Nr. 5.
75. *Hartwell and Hoguet, Experimental intestinal obstruction in dogs with especial reference to the cause of death and the treatment by large amounts of normal saline solution. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 59. Nr. 1.
76. *— — An experimental study of high intestinal obstruction. Amer. Journ. of med. sciences. Vol. 143. p. 357.
77. Hausmann, Die topographische Gleit- und Tiefenpalpation und ihre klinische Bedeutung. Med. Klinik. p. 1705.
78. — Über spontane Verschieblichkeit des Kolon, ihre Ursachen und ihr palpatorisches Erkennen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 10.
79. *Hess, A., Über Nebenwirkung des Hormonals. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 14.
80. Hilgenreiner, H., Die erworbenen Fisteln des Magen-Darmkanals. Zentralbl. f. d. Gernzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 15. Nr. 5. (Übersichtsreferat.)
81. Hinz, R., Über den primären Dünndarmkrebs. v. Langenbecks Arch. Bd. 99. Heft 2. (Die frühzeitig stenosierenden Formen haben die beste Prognose, seltenes Leiden.)
82. Hochenegg, Zur totalen Darmausschaltung. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 25. (Warnung vor ganz abgeschlossener Darmausschaltung. Literatur.)
83. *Hofmann, A., Zur Verwendung der Jodtinkturdesinfektion am eröffneten Magen- und Darmtrakt. Zentralbl. f. Chir. Nr. 16. p. 536.
84. Hoffmann, H., Zur Diagnose und Therapie der Hirschsprungschen Krankheit. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 76. Heft 2. p. 533. 1911.
85. Hofmann, M., Über die Entstehung von Stenosen an Stelle der Schnürfurchen nach Reposition eingeklemmter Dünndarmschlingen. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 81. Festschr. f. V. v. Hacker.
86. Holst, G. v., Bidrag till tekniken vid colonresectioner. Upsala Läkareför. Förhandl. Bd. 18. Heft 1 u. 2. (Schwedisch.)
87. *Höpfner, Edm., Ein eigenartiger Fall von Divertikelileus. v. Langenbecks Arch. Bd. 97. Heft 4. (Myom im Meckelschen Divertikel.)
88. Hoxie, The blood-picture of the auto-intoxication due to chronic colonic stasis. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 58. Nr. 20. (Lymphozyten vermehrt, besonders die grossen Formen mit eckigen Kernen.)
89. *Huber, J. Ch., Reizwirkungen von Askaris am Darme des lebenden Menschen beobachtet. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 49.
90. Iselin, Peritonisierung des Mesenterialstumpfes mit freiem Netz bei ausgedehnter Darmresektion. Zentralbl. f. Chir. Nr. 22. p. 739.
91. Jenko, J., Carcinoma duodeni periampullare. Lijecnicki vijesnik. Nr. 5.
92. Jordan, Alfred C., Some points concerning the duodenum and the appendix in intestinal stasis. Brit. med. Journ. June 1. (Duodenalgeschwür kann Folge chronischer Stauung des Darminhalts sein.)
93. Jukelson, M. B., Zur chirurgischen Behandlung des Zwölffingerdarmgeschwürs. Prakt. Wratsch. Nr. 41 u. 42. (Sicherung des Pylorus nach Verengerung nach Girard durch einen der Fascia lata entnommenen Faszienstreifen.)
94. *Jurasz, Ein Todesfall nach intravenöser Hormonalinjektion. Deutsche med. Wochenschrift Nr. 22.
95. *Karewski, F., Über die chirurgische Behandlung schwerer Formen chronischer Obstipation. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 51 u. 52.
96. Kasemeyer, Erich, Tumorinvagination des Darms. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 118. p. 205.
97. Kauntze, W. H., Case of retrograde intussusception of the ileum associated with Meckels diverticulum. Brit. med. Journ. May 18. (Das Divertikel war nicht die Ursache der Intussuszeption.)

98. Kausch, W., Das Karzinom der Papilla duodeni und seine radikale Entfernung. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 78. Heft 3.
99. *— Über Hormonalwirkung. Berl. klin. Wochenschr. p. 19.
101. *— Über Hormonaldurchfall. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 34. (Regt die Peristaltik mächtig an, sehr langsam intravenös einspritzen!)
102. *Kehr, H., Über Duodenalgeschwüre. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 24 u. 25. p. 1307 u. 1380.
103. Kelling, G., Über die Wirkung von Thyrochromtabletten bei Krebsen des Verdauungstraktus. Med. Klinik. p. 654.
104. *Kieselbach, Ein Fall von Enterospasmus verminosus, geheilt durch Enterostomie. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 76. Heft 1.
105. Klippel, Rétrécissement congénital du gros intestin. (Microcolon.) Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris. Nr. 3.
106. *Koch, Aage, and H. P. T. Oerum, Intussusception in children. Edinb. med. Journ. Vol. 9. Heft 3. Sept. (Die unblutige Behandlung gibt die besten Resultate.)
107. Koenig, Beobachtungen über intestinale Aktinomykose. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 25. Heft 1. (Drei Fälle, Prognose der gefürchteten Aktinomykose des Verdauungskanals ist nicht immer ungünstig.)
108. Krstic, N., Typhöse Darmperforation. Srpski arhiv za celokupno lekarstvo. Nr. 2. (Serbisch.) (Achtjähriger Knabe, operativ geheilt.)
109. Lahanssois, A propos de l'emploie de l'huile camphrée. Arch. de méd. et de pharm. milit. Juillet. (Sah gute Erfolge bei Bauchfellentzündung.)
110. *Lagoutte, M., Des perforations brusques de l'ulcére duodénal en péritoine libre. Lyon chir. Bd. 7. p. 241.
111. Lejars, G., Les sténoses fibreuses de l'intestin grêle. Semaine méd. Nr. 16. (Traumatische Entstehung mit auffallend langsamer Entwickelung.)
112. Lenormant, Sur un nouveau procédé extrapéritonéal de fermeture de l'anus artificiel sans éperon, et des fistules labiées de l'intestin. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. Tome 38. Nr. 31. p. 1167.
113. Lerda, G., Die präperitoneale Lagerung operierter Darmschlingen. v. Langenbecks Arch. Bd. 98. Heft 1.
114. Lévéque, Ch., Kyste sanguin développé aux dépens d'un diverticule intestinal. Operation. Guérison. Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris. 1911. Nr. 5.
115. Lindenberg, H., Zur operativen Behandlung der Colitis ulcerosa. v. Langenbecks Arch. Bd. 99. Heft 2.
116. Lund, Obstruction of the ileum by a large gallstone; enterostomy; subsequent cholecystectomy and suture of duodenum. Transact. of the Amer. surg. Assoc. Vol. 29. 1911.
117. Luria, Roman, Megasigmoideum als Ursache einer viermonatigen Verstopfung. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30.
118. *Lyle, H. H. M., Chronic perisigmoiditis with partial volvulus. St. Lukes hospital med. and surg. Reports. Vol. 3. 1911.
119. — Perforation of a simple ulcer of the colon. St. Lukes hospital med. and surg. Reports. Vol. 3. 1911. (Bei einer 26jährigen Frau. Das Geschwür war unklaren Ursprungs.)
120. Makewain, Zur Frage der radikalen Therapie des Volvulus der Flexura sigmoidea. St. Petersburger med. Zeitschr. Nr. 4. (Trotz Resektion Rezidiv.)
121. Marinacci, Proposta di trattamento dell intestino privato del suo mesenterio coll' invaginazione. Policlinico. Sez. chir. XIX. 11.
122. Marro, A., Des exclusions ouvertes, partielles et totales du gros intestin. Revue de chir. 32. Année. Nr. 5.
123. Martin, Gymnastics and other mechanical means in the treatment of visceral prolapse and its complications. Surg., Gyn. and Obst. XV. 2.
124. — Intestinal obstruction due to gall stones. Annals of surg. May.
125. Marquis, E., Plus de 600 corps étrangers (noyaux de cerises, entérolithes) retenus dépuis des années au-dessus d'un rétrécissement de l'intestin grêle. Entéro-anastomose, guérison se maintenant trois ans après. Bull et mém de la soc. de chir. de Paris. Tome 38. Nr. 38. p. 1414.
126. Matko, J., Ileus duodenojunalis. Lijecnicki vijesnik. Nr. 5. (Postoperativ, beseitigt durch Knieellenbogenlage und Magenausheberung.)
127. *Mayo-Robson, A., A lecture on jejunal and gastro-jejunal ulcers. Brit. med. Journ. Jan. 6.

128. *Mayo, Ch., Diverticula of the gastro-intestinal tract; their surgical importance. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 59. Nr. 4.
129. Mayo, W. J., Carcinomata of the gastro-intestinal tract. Buffalo med. Journ. Jan. (1264 Fälle, mit wertvollen statistischen Angaben.)
130. — Jejunostomie. Amer. Journ. of the med. scienc. April. (Empfehlung der Jejunostomie.)
131. Meunier, Un symptôme clinique de l'ulcère duodéno-pylorique. Presse méd. Nr. 11.
132. *Mohr, R., Über Hormonalwirkung. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 26. (Warnung.)
133. Le Moniet, Ulcère du duodénum, avec sténose du pylore et hydropsie de la vésicule biliaire. Rapport de Auvray. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. Tome 38. Nr. 33. p. 1229. Nr. 34. p. 1243.
134. Morton, J., Congenital absence of the colon. Brit. med. Journ. May 18.
135. Moss, An unusual foreign body in the intestine. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 57. Nr. 22. 1911.
136. *Moynihan, B. G. A., An adress on the correlation of symptoms and signe in some abdominal diseases. Brit. med. Journ. Febr. 17.
137. *— Über das Ulcus duodeni. Wiener med. Wochenschr. Nr. 16.
138. *Murphy, F. T., and B. Vincent, An experimental study of the cause of death in acute intestinal obstruction. Boston med. and surg. Journ. 1911. Nov. 2.
139. Mummery, Congenital absence of coecum and ascending colon. Annals of surg. June.
140. *Mühsam, Vorsicht mit dem Hormonal! Therapie d. Gegenw. 12. Jahrg. Heft 7.
141. *Müller, Colitis ulcerosa acuta. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Chir. Bd. 41. I. 254.
142. *Müller, H., Seltene Komplikationen durch ein Meckelsches Divertikel. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 12. (Strangulation, gestorben.)
143. *Müller, O., Die chirurgische Behandlung der tropischen Dysenterie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 41.
144. Mysch, W., Über die Anwendung der freien und gestielten Netzplastik bei einzeitiger Dickdarmresektion. Chir. Bd. 31. März. (Russisch.)
145. Nathan, W. Green, Three cases of ileo-colic intussusception with reduction and anchorage by means of the appendix. Two recoveries. St. Lukes hospital med. and surg. reports. Vol. 3. 1911.
146. — Mesenteric thrombosis with resection of six feet of small intestine. St. Lukes hosp. med. and surg. reports. Vol. 3. 1911.
147. Newbold, A source of error in the test for occult blood in the feces. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 57. Nr. 19. 1911. (Nach Genuss von Wassermelonen tritt auch bei Abwesenheit von Blut tiefdunkelblaue Guayak-Terpentinprobe auf.)
148. Nicoll, Three examples of Meckels diverticulum. Glasgow med. Journ. June.
148a. Okuszko, K., Traumatischer Vorfall einer Dünndarmschlinge per rectum nach aussen. (Mit Abbildung). Medycyna i Kronika Lekarska 1912. Nr. 26. p. 518. (15 jähriges Bauernmädchen pfählte sich bei einem Sprunge so auf, dass der Handgriff einer in die Erde eingestossenen Mistgabel ihr in das Rektum eindrang und die Vorderwand desselben durchbohrend den Vorfall einer Dünndarmschlinge nach aussen hervorrief. Verf. langte nach 3 Stunden bei der Kranken an, fand sie zu Bett liegend und die ex ano vorgefallene Dünndarmschlinge mit einem schmutzigen Lappen umwickelt. Die Darmwand dieser Schlinge war intakt, aber mit Kot besudelt; keine Blutung. Kein Fieber, keine Bauchfellreizung, aber Puls 120. Die Laparotomie mit Darmresektion erschien Verf. am rationellsten, er wagte dieselbe aber nicht angesichts der für einen solchen Eingriff am gegebenen Orte ungünstigen Bedingungen bezüglich der Asepsis. Er narkotisierte das Mädchen, spülte die Dünndarmschlinge mit Kochsalzlösung ab und reponierte sie in die Bauchhöhle durch ein Loch in der Vorderwand des Dickdarmes, welches in die Excavatio rectouterina führte. Das Loch im Darm befand sich oberhalb des Fundus uteri. Ausserdem Sphincter ani hinten eingerissen und ein kleiner Dammriss vom After aus. Nach Reposition der Dünndarmschlinge Gazestreif eingeführt bis in den Peritonealsack und das Rektum mit Gaze tamponiert. Eisblase, Opium, Diät nur kaltes Wasser und Strophantus. Am nächsten Tage + 37,5° C. Puls 80, Leib etwas aufgetrieben, kein Erbrechen, keine Winde abgegangen, kein Harn entleert, also Katheter. Am dritten Tage Zustand etwas schlechter. Puls 120. Aufstossen, ohne Erbrechen jedoch, keine Winde abgegangen. Leib mehr gebläht; Katheter notwendig. Vom vierten

Tage an gingen Winde ab, später Stuhl, Zustand besserte sich und das Mädchen genas bald. Unter unbedeutender Eiterentleerung heilte die Darmwunde spontan. Polnisch.) (v. Neugebauer.)
149. Oppenheimer, Klara, Das Karzinom an der Papilla duodenalis. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 115. p. 415.
150. De Paoli und Catisti, Beobachtungen und experimentelle Untersuchungen über den Wert der Injektion des nukleinsauren Natriums bei der Prophylaxe der operativen Infektion des Peritoneums. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 24. Heft 2. (Empfehlung des Verfahrens.)
151. Patlow, E. T., Three consecutive cases of carcinoma of the jejunum. Lancet. April 13. (Die seltenen Geschwülste wurden bei drei Männern im Alter von 68, 53 und 48 Jahren beobachtet.)
152. *Pauchet, Traitement du mégalocôlon (six opérations personelles). Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. Tome 38. Nr. 40. p. 111.
153. *— Traitement de l'ulcère duodenal par l'exclusion pylorique. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. Tome 38. Nr. 28. p. 1062. (Betont die Notwendigkeit der Pylorusausschaltung.)
154. Paul, E. T., Personal experiences in the surgery of the large bowel. Brit. med. Journ. July 27.
155. *Payr, Zur Verwendung der Jodtinkturdesinfektion am eröffneten Magen- und Darmtrakt. Zentralbl. f. Chir. Nr. 12. p. 386.
156. Pettenkofer, W., Zur Behandlung der postoperativen Darmparese bezw. -Paralyse. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 45. („Elektrische Darmeinläufe".)
157. Peters und Bullock, Marked hemorrhage from the bowel in five cases of tuberculosis. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 58. Nr. 2.
158. Philipowicz, W., Weitere Beiträge zur Kasuistik und Ätiologie des Dünndarmvolvulus. v. Langenbecks Arch. Bd. 97. Heft 4.
159. *Pilcher, Surgical aspects of membranous pericolitis. Annals of surg. Jan.
160. *Pinner, A., Über die Perforation des postoperativen Ulcus jejuni pepticum ins Colon transversum. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 39.
161. *Pochhammer, C., Die Kreuzverschlussnaht in der Magendarmchirurgie. Zentralbl. f. Chir. Nr. 47. p. 1602.
162. *Pollnow, M., Diffuse eitrige Peritonitis infolge gangränöser Entzündung eines Meckelschen Divertikels. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 53.
163. *Polya, E., Über die nach Gastroenterostomie entstehende Fistula jejunocolica. Orvosi Hetilap. Nr. 48. (Ungarisch.)
164. Ponomarew, S. J., Ein Fall von Darmpolypen, die Pylorusstenose, später Darminvagination verursachten. Russki Wratsch. Nr. 12. (Literatur.)
165. Powers, Acute diverticulitis of the sigmoid flexure of the colon. Annals of surg. July. Amer. surg. Assoc. number.
165a. de Quervain, Die operative Behandlung chronisch entzündlicher Veränderungen und schwerer Funktionsstörungen des Dickdarms (mit Ausschluss von Tuberkulose, Lues und Aktinomykose). Ergebn. d. Chir. u. Orthop. Bd. IV. S. 508. (Literatur.)
166. Rammstedt, Über Dünndarmsarkome. Festschr. d. med.-naturwiss. Ges. z. 84. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Münster i. W.
167. Ribadeau-Dumas, L., Ulcère perforé du duodénum révélé tardivement par une péritonite généralisée à marche rapide chez un nourisson de six mois. Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris. 1911. Nr. 8.
168. Roger et Jourdan, Perforation intestinale au cours d'une paracentése abdominale. Gaz. des hôp. Nr. 39. (Gelegentlich einer Aszitespunktion mit tödlichem Ausgang.)
169. *Roith, Über die Peristaltik und Antiperistaltik des menschlichen Dickdarms. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 25. Heft 1.
170. Rokitzki, W. M., Zwei ziemlich seltene Fälle von diffuser Perforationsperitonitis. Russki Wratsch. Nr. 38. (Einer posttyphös, ein latentes Pylorusgeschwür.)
171. *Rollestone, H. D., Left-sided subphrenic abcess due to perforated duodenal ulcer. Brit. med. Journ. Febr. 24.
172. Rosenow, Zur Kasuistik der Myome des Darmkanals; zugleich ein Beitrag zur Differentialdiagnose des Ulcus duodeni. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 38.
173. Rost, Fr., Die anatomischen Grundlagen der Dickdarmperistaltik. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Chir. Bd. 41. II. 161.

174. *Sabatowski, A. v., Über die Wirkung des Hormonals auf die Darmbewegung. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 3. (Warnt vor Einführung grösserer Mengen, Hormonal bietet keine Aussichten für die Therapie.)
175. *Schaal, Enterospasmus verminosus. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 48.
176. *v. Scheel, Die Häufigkeit des Ulcus duodeni. Nordisk Tijdskr. for Therapi. 1911. Dez. (Dänisch.)
177. Scheremezinskaja, M. A., Zur Kasuistik des Ileus bei chylöser Gekröszyste. Russki Wratsch. Nr. 38.
178. *Schloffer, H., Chirurgische Operationen am Darm. 1. Hälfte: Darmvereinigung. Deutsche Chir. Lief. 462. Stuttgart, Ferd. Enke. 1911.
178a. *Schmieden, Über Sphinkterplastik am Darm. Ergebn. d. Chir. u. Orthop. Bd. IV. S. 613. (Literatur.)
179. Schmilinsky, Über die Verwertung von Fistelgalle und Dünndarminhalt aus hohen Dünndarmfisteln im Haushalt des Organismus. Zentralbl. f. Chir. Nr. 49. p. 1667. (Durch Einführung mittelst Witzelschlauch ins Colon transversum.)
180. Schmidt, Joh. E., und H. Stoeber, Über einen operativ geheilten Fall von Intestinalanthrax. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37. (Sitz am Ileum und Cökum, durch Resektion geheilt.)
181. *Schönstadt, A., Über Hormonalwirkung. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 48. (Keine spezifische Wirkung.)
182. Schweeger, O., Über Darmgeschwüre bei perniziöser Anämie. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 15. p. 567. (Im unteren Ileum, Obduktionsfälle.)
183. Scott Schley, W., A series of cases of surgery of the small intestine. St. Lukes hosp. med. and surg. reports. Vol. 3. 1911.
184. *Silvio Porta, La cura chirurgica della colite cronica ulcerosa metodo Biondi. Atti della R. academia dei fisiocritici. Siena. (Näht die Appendix ann der Basis ein.)
185. Smith, A study of children with reference to enteroptosis. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 58. Nr. 6.
186. Smoler, F., Senkung des Colon transversum. Zentralbl. f. Chir. Nr. 15. p. 497.
187. *Sonnenburg, Appendizitis und Kolitis. Therapie d. Gegenw. 12. Jahrg. Heft 7.
188. *— Die akute Kolitis. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 24. Heft 2. p. 228.
189. Sprengel, Haargeschwulst des Dünndarms. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Chir. Bd. 41. I. 217.
190. Stanmore Bishop, E., A post-graduate lecture on the correlation and distinction between certain symptoms in some abdominal diseases: based upon an analysis of 124 operations for gastroduodenal ulcer and 110 for appendicitis. Brit. med. Journ. May 4. (Differentialdiagnose zwischen den erwähnten Krankheiten gelingt nicht.)
191. *Stone, Bernheim and Whipple, Intestinal obstruction: a study of the toxic factors. Bull. of the Johns Hopkins hospital. June.
192. Stroud, Hosford A., Foreign bodies in the intestine. Brit. med. Journ. April 13.
193. *Struthers, J. W., Perforated duodenal ulcer. Edinb. med. Journ. Vol. 9. Nr. 6. Dec. (27 Fälle, fügt der Übernähung meist die Gastroenterostomie hinzu.)
194. *Sultan, G., Die Diagonalnaht. Zentralbl. f. Chir. Nr. 32. p. 1089.
195. Swain, James, Enterospasm and colic from the surgical point of view. Brit. med. Journ. June 22.
196. Telfer, Thomas J., Intestinal obstruction from an unusual cause. Brit. med. Journ. Febr. 24. (Guttaperchamasse im Ileum.)
197. Telford, E. D., and S. B. Radly, On retroperitoneal perforation of the duodenum, with a suggestion for treatment. Brit. med. Journ. May 4.
198. Thompson, Complete obstruction of the duodenum resulting from the incarceration of a large gall-stone. Surg., Gyn. and Obst. XV. 3.
199. Trendelenburg, Fr., Einiges zu dem Artikel von Prof. Dr. Hans Kehr: „Über Duodenalgeschwüre". Münchn. med. Wochenschr. Nr. 34.
200. Tuttle, The three-step operation in tumors of the sigmoid and colon. Therap. Gaz. Detroid. Nr. 8. August.
201. Upcott, Tumors of the ampulla of Vater. Annals of surg. Nov.
202. *Vautrin, L'exclusion du duodenum dans la cure de l'ulcère souspylorique. Revue de chir. 32 Année. Nr. 5.
203. *Wanach, R. C., Zur operativen Behandlung der chronischen Kolitis. Russki Wratsch. 1911. Nr. 51.

204. Walker, Multiple diverticula of ileum. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 58. Nr. 16.
205. Welsh, D. A., On the surgical pathology of the large intestine, with special reference to carcinoma. Edinb. med. Journ. Vol. 8. Nr. 2. Febr.
206. Wharton, Acute intestinal obstruction due to intussusception caused by a lipoma of the descending colon; resection of the colon; recovery. Transact. of the Amer. surg. Assoc. Vol. 29. 1911.
207. Wideroe, S., Volvulus av en megasigmoideum. Resection. Helbredelse. Norsk. Magazin for Laegevidenskaben. Nr. 9
208. *Zuelzer, Über Kollapswirkung des Hormonals. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 26.

Das Ulcus duodeni steht im Vordergrund des Interesses. Moyniham (136, 137) sah es etwa fünfmal häufiger als das Magengeschwür. v. Scheel (176) stellte über seine Häufigkeit Untersuchungen an Sektionsmaterial in Kopenhagen an. Er fand in 0,76 % sämtlicher Fälle Geschwüre oder Narben im Duodenum und zwar bei 1,16 % der Männer und 0,18 % der Frauen (gegen Magengeschwüre 4,2 % bei Männern und 14 % bei Frauen). Die chirurgische Diagnose hält er auch bei der operativen Autopsie nicht für zuverlässig. Eine Infiltration aussen am Duodenum entspreche nicht immer Veränderungen an der Schleimhaut. Bier (14) vermittelt zwischen den Widersprüchen in der Häufigkeitszahl; er nimmt an, dass in Deutschland eine grosse Zahl der Duodenalgeschwüre zu den Magengeschwüren gerechnet wird. Das ist um so eher möglich, als die von Moyniham (136 und 137) als Pylorus-Marke angegebene Vene nach Mocquot und Hondard (siche Magen, Ziff. 92) inkonstant ist. Das häufigere Vorkommen des Duodenalgeschwürs bei Männern als bei Frauen wird unter anderen von Ewald (41) und Kehr (102) bestätigt.

In der Ätiologie schreibt Kehr (102) dem Trauma eine gewisse Rolle zu. Unter den Symptomen haben Blutungen, Auftreibungen und Druckgefühl in der Magengegend, Hyperazidität, Hungerschmerz auf das Epigastrium beschränkt, gegen den Rücken und die rechte Seite ausstrahlend, 2—4 Stunden nach der Nahrungsaufnahme einsetzend, Periodizität der Krankheitszeichen bei völlig freien Intervallen am meisten diagnostischen Wert. Auch das Röntgenbild wird empfohlen, bleibt in seinen Aufschlüssen jedoch hinter den beim Magengeschwür gegebenen zurück [Bier (14)]. Auf den Wert der Anamnese weisen besonders Moyniham (136 und 137) und Kehr (102) hin. Kehr (102) huldigt im übrigen einem gewissen diagnostischen Nihilismus. Albu (4) betont die Inkonstanz des Krankheitsbildes.

Frische und nahezu latente Fälle, sowie akute heftige Blutungen sind innerer Behandlung zu unterziehen. Chronische Beschwerden, Pylorospasmen, Stenosenerscheinungen, chronische Blutungen sind relative, Perforationen absolute Operationsindikationen [Ewald (41), Kehr (102)].

Die Operation der Wahl ist die hintere Gastroenterostomie mit kurzer Schlinge, sobald eine erhebliche Stenose besteht. Bei Blutungen und mangelnder Stenose ist Pylorusausschaltung erforderlich [Bier (14), Pauchet (153), Vautrin (202)]. Die gründlichste, aber auch gefährlichste Operation ist Billroth II [Kehr (102), Blad (17)]. Zur Vorbeugung von Blutung und Durchbruch ist Einfalten der Geschwürsstelle mit Lembertnähten, Umstechung von Gefässen und Bedecken mit dem Omentum gastrohepaticum und colicum empfehlenswert [Moyniham (136 und 137)].

Perforationen sind beim Duodenalgeschwür weit häufiger als beim Magengeschwür. Kehr (102) sah sie bei etwa 30 % seiner Fälle. Blutungen sind heftiger wegen der Nähe der A. pancreatico-duodenalis und gastroduodenalis [Ewald (41)]. Lagoutte (110) bringt über die Perforation und ihre Behandlung eine ausführliche Übersicht. Übernähung des Geschwürs genügt meist. Auf die Gastroenterostomie wird im allgemeinen verzichtet. Struthers (193) empfiehlt sie. Perforationsfälle, die der gedeckten Perforation beim Magengeschwür entsprechen (siehe diese), teilen Rollestone (171) und Box (24) mit.

Polya (163) und Mayo-Robson (127) beschäftigen sich mit dem Ulcus jejuni nach Gastroenterostomie, das viel häufiger sei, als angenommen wird. Es kann bei jeder Form der Gastroenterostomie entstehen, mit Vorliebe aber bei der Y-förmigen. Jejunalgeschwüre sind gewöhnlich mehrfach und können schon nach wenigen Tagen zu tödlichen Blutungen führen. Sie neigen besonders zur Perforation. 12 % brechen in den Dickdarm durch. Nach Ausschneidung kommen in 60 % Rückfälle. Gastroenterostomie an anderer Stelle empfiehlt sich. Im Notfall mache man Jejunostomie. Pinner (160) teilt einen weiteren Perforationsfall ins Colon transversum mit.

Die chirurgische Bedeutung der Divertikel wird von Mayo (128) und Mac Grath (64) ausführlich besprochen. Giffin (62) beschränkt sich auf die wichtigsten Divertikel

der Flexur. Kasuistische Mitteilungen, aus denen hervorgeht, dass die Divertikel vielfach keine harmlosen Nebenbefunde vorstellen, liegen mehrfach vor: Bauer (12), Höpfner (87), Haardlund (57), Müller (152), Drummond (37), Pollnow (162) u. a. Pollnow fordert, dass bei einmal eröffneter Bauchhöhle ein Divertikel, zumal wenn es bereits zu einer Erkrankung Veranlassung gegeben hat, entfernt wird.

Die Literatur über den Darmverschluss ist durchaus zahlreich und bringt viel Bemerkenswertes. Erwähnt seien nur die schönen experimentellen Arbeiten über die toxischen Substanzen und die Ursache des Todes bei Darmverschluss, die sämtlich von amerikanischen Forschern stammen. Murphy und Vincent (138) stellen fest, dass die Unterbindung des venösen Blutabflusses die schwersten und bei weitem am schnellsten eintretenden lokalen und allgemeinen Störungen verursacht. Die Störungen werden hervorgerufen durch Absorption einer toxischen Substanz, die innerhalb von an beiden Seiten unterbundenen Darmschlingen vorgefunden wird. Diese toxische Substanz wird durch Kochen zerstört, ist unlöslich im Wasser und passiert nicht durch Berkefeldfilter. Ihre Bildung hängt wahrscheinlich mit der Sekretion der Darmschleimhaut zusammen. Sie ist lediglich bakteriellen Ursprungs. Für die schweren Erscheinungen sind also lebende Bakterien mit ihren Endotoxinen, nicht Fäulnisprodukte oder chemische Giftstoffe unmittelbar verantwortlich. Hartwell und Hoguet (75) finden bei experimentellem Darmverschluss eine so hochgradige Schädigung der Darmschleimhaut, dass sie ihre physiologische Eigenschaft, den Toxinen den Eintritt zu verwehren, verloren hat. Bakterielle Invasion des Blutes kommt vor, ist aber nicht obligat. Tiere, die mehrere Tage vor dem Eintritt des Verschlusses gefastet haben, sterben ebenso früh, wie solche, die kurz vorher noch gefüttert wurden. Nach Stone, Bernheim und Whipple (191) tritt bei Ausschaltung einer in sich verschlossenen Darmschlinge der Tod um so eher ein, je höher sie im Verdauungsschlauch gewählt ist. Drainiert man die ausgeschaltete Schlinge, so bleibt das Versuchstier am Leben. Endlich stellten Hartwell und Hoguet fest, dass man den nach 3—10 Tagen zu erwartenden Tod von Versuchshunden, denen man am unteren Duodenum einen vollständigen Darmverschluss anlegt, durch grosse Mengen subkutan beigebrachter Kochsalzlösung wesentlich aufschieben kann.

Bemerkenswert ist noch die Zusammenstellung von Aage Koch und Oerum (106) über die Intussuszeption bei Kindern, nach der von 228 Kindern unter einem Jahr operiert 74 %, unblutig behandelt 35 % starben, von 152 Kindern über einem Jahr operiert 38 %, unblutig behandelt 12 % starben. Misslang die zuwartende Behandlung, so gab die sekundäre Operation nicht viel schlechtere Resultate als die primäre. Die unblutige Behandlung ist daher stets zunächst zu versuchen. Sie muss allerdings energisch durchgeführt werden (Narkose, Taxis durch die Bauchdecken, grosse Einläufe bei Beckenhochlagerung).

Die akute Colitis ulcerosa führte zu einer Diskussion auf dem Deutschen Chirurgenkongress. Müller (141) zeigte das Präparat eines Kolon von einem Kranken, der unter den Erscheinungen hartnäckiger Darmblutung zugrunde gegangen war. Als letztes Mittel wurde die Kolostomie gemacht ohne Erfolg. Es handelte sich um die ätiologisch unklare akute ulzeröse Kolitis, die im gesamten Dickdarm ihren Sitz hatte: zahllose, anfangs runde, später unregelmässige, zum Teil tiefe Ulzera mit Phlegmone der Darmwand. Auch die Diskussion führte zu keinem Ergebnis, was die Ätiologie anlangt; mehrfach wurde die Entstehung der akuten Colitis postoperativ beobachtet. Vorlagerung des phlegmonös veränderten Kolon und Tamponade der Bauchhöhle wird empfohlen. Albu (5) heilte einen Fall bei einem 21 jährigen Mädchen durch Diät und tägliche Tamponade mit langem Mullstreifen im Rektoskop. Ausführlich stellt Sonnenburg (188) unsere Kenntnisse über die akute Kolitis zusammen.

Bestimmter lauten die chirurgischen Vorschläge für die Behandlung der häufigeren chronischen Kolitis. de Quervain (165a) gibt eine umfassende Übersicht über das ganze Gebiet. Nach Sonnenburg (187) ist der Zweck der chirurgischen Therapie, den Darm ruhig zu stellen durch Ableiten seines Inhalts, die Därme durch ausgiebige Irrigation zu desinfizieren und die Mukosa durch Medikamente zu beeinflussen. Die Wege zu diesem Zweck sind Fistelbildung in Gestalt der Schrägfistel oder Appendikostomie, ferner Kunstafter, drittens Ausschaltung des Kolon durch Enteroanastomose, endlich Resektion und Entfernung ganzer Darmabschnitte. Die Appendikostomie gewinnt an Bedeutung [Fischl und Porges (48), Wanach (203), Silvio Porta (184)]. Auch für die tropische Dysenterie hat sie sich bewährt [Müller (143)]. Gibson (61) empfiehlt statt dessen einen Katheter ins Cökum einzunähen.

Gerster (60) sah nach Kolitis breite band- und flächenförmige Verwachsungen im Bereich des Kolon. Als letzte Ursache sieht er die allzu reichliche Fleischkost an, die chronische Verstopfung und chronisch entzündliche Prozesse im Dickdarm zur Folge

hat. Delore und Alamartine (31) sahen perikolitische Zustände, die Darmverengerungen verursacht hatten. Auch zur Achsendrehung können nach Lyle (118) Verwachsungen der Flexur führen.

Pilcher (159) beschreibt einige Fälle von membranöser Perikolitis, die schleierartige Verwachsungen um das Kolon zeigten. Nach Cotte (28) sind sie der Ausdruck einer milden Peritonitis und rechtfertigen nicht die Aufstellung eines eigenen Krankheitsbildes.

Von Arbeiten über Entozoen haben die Mitteilungen von Brun (22), Gergö (59), Huber (89), Kieselbach (104) und Schaal (175) chirurgisches Interesse.

Das Hormonal wird von Kausch (99 und 101) besonders warm empfohlen. Es regt die Peristaltik mächtig an. Bei akuter Darmlähmung ist die intravenöse, bei chronischer die intraglutäale Einführung anzuwenden. Bei schweren Fällen grössere Dosen (30 bis 40 ccm bei Erwachsenen!). Bei schlechtem Herz Vorsicht! Von den zahlreichen übrigen Autoren, die über Hormonal arbeiteten, steht nur Groth (66) unter seinen Freunden. Schönstadt (181) sah keine spezifische Wirkung. Jurasz (94), Hess (79), Mohr (132), Mühsam (140), v. Sabatowski (174) erlebten teils Kollapse, teils Todesfälle, die dem Hormonal zur Last fallen. Zuelzer (208) stellte als Ursache der Kollapswirkung eine Albumose fest, die durch Änderung des Herstellungsverfahrens ausgeschaltet wird.

Von literarischen Mitteilungen auf technischem Gebiete verdient besondere Beachtung die Monographie Schmiedens (178a) über Sphinkterplastik am Darm und Schloffers (178) über die „Darmvereinigung", die beide durch vorzügliche und zahlreiche Abbildungen das geschriebene Wort ergänzen und verdeutlichen.

Als Ersatz der Tabaksbeutelnaht am Darm empfiehlt Sultan (194) die Diagonalnaht und Pochhammer (161) die Kreuzverschlussnaht, die sich beide durch grosse Einfachheit auszeichnen. Ausser für die Übernähung des Appendixstumpfes werden sie zur Einstülpung der Darmenden nach Darmresektionen, des Duodenalstumpfes, zum Verschluss von Geschwürsperforationen und von Schussverletzungen des Darmes vorgeschlagen.

Payr (155) empfiehlt die Jodtinkturdesinfektion am eröffneten Magen- und Darmkanal zur Herabsetzung des Keimgehalts der Schleimhaut. Er glaubt, dass sich dadurch der Gesamtverlauf hinsichtlich aller in Betracht kommenden Möglichkeiten einer abdominellen Störung noch regelmässiger, glatter und günstiger gestaltet, als früher. Er nimmt insbesondere an, dass die Jodtinktur an den Wundrändern des Magens und Darmes einen kräftigen Reiz setzt, der dem raschen Ablauf der Wundheilungsvorgänge nur nützlich ist. Auch Hofmann (83) wendet die Schleimhautjodierung mit gutem Erfolg an. Fritzsche (56) findet auf Grund von Tierversuchen die 10 %ige Jodtinktur in der Lage, die Magendarmschleimhaut vorübergehend keimarm oder keimfrei zu machen. Dem 5 %igen Thymolspiritus scheinen dieselben Eigenschaften innezuwohnen. Auch die Eigenschaft der Jodtinktur, auf dem Peritoneum eine Entzündung zu verursachen, kann zur Erzielung rascher Verwachsungen benutzt werden. Fieber (44) warnt indes auf Grund ungünstiger Erfahrungen vor dem Jodtinkturgebrauch an Magen und Darm. Er sah mehrfach Nahtreihen an Magen und Darm, die bei einer langjährig erprobten Operationstechnik den Eindruck unbedingter Zuverlässigkeit machten, undicht werden und fand schliesslich nach der Exstirpation eines Cökaltumors eine totale Nekrose aller drei mit Jodtinktur behandelten Nahtstellen am Darm, wobei die ringförmige Nekrose der Enteroanastomose genau entsprechend dem Jodbezirk am charakteristischsten war. Der letzte Fall verlief tödlich.

Barrington Ward (9 und 10) hat unter Leitung Lanes systematische Untersuchungen an Kindern mit chronischen torpiden Leiden (chronische Rheumatiden, chronische chirurgische Tuberkulose usw.) vorgenommen und findet stets wesentliche Hemmungen in der Weiterbeförderung des Darminhalts. Beseitigung der Verstopfung hob stets auch den Allgemeinzustand. 12 mal hat er die Ileokolostomie zu diesem Zweck vorgenommen. Die erzielten Erfolge sind um so bemerkenswerter, als es sich meist um ganz desolate Fälle handelte. Karewski (95), Bevan (13) und Coffey (27) warnen vor ungenügend begründeten chirurgischen Eingriffen bei schwerer chronischer Verstopfung. Die Berechtigung, solche Fälle ohne weiteres chirurgisch zu behandeln, liegt nicht vor. Nur bei greifbaren, nachweisbaren Veränderungen soll, wenn alle inneren Mittel erschöpft sind, chirurgisch eingegriffen werden, vorausgesetzt, dass man mit einiger Sicherheit erfolgreiches Vorgehen erwarten kann. Über den Operationsplan gibt Pauchet (152) nähere Anweisungen. Er warnt dabei vor Opérations timides et inéfficaces.

Die Antiperistaltik des Dickdarms wird mehrfach bestätigt. Roith (169) sah sie am ausgeprägtesten im Colon ascendens, im Colon sigmoideum und im Mastdarm. Albrecht (3) fand, dass infolge der antiperistaltischen Wellen nach Anlegung der Ileosigmoideostomie

und einseitiger Dickdarmausschaltung ein retrograder Kottransport durch den ganzen Dickdarm bis in den Blinddarm eintreten kann. Demgemäss reicht die Ileosigmoidostomie nicht aus, den Kot mit Umgehung des Dickdarms in die Flexur und den Mastdarm abzuleiten.

D. Appendix.

1. Baer, Ein Fall von akuter Appendizitis mit Ileus. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 5. (Entstanden durch den verwachsenen und gespannten Wurmfortsatz.)
2. *Bastedo, W., A. The dilatation test for chronic appendicitis. St. Lukes hospital med. and surg. reports. Vol. 3. 1911.
3. Batzdorf, E., Ein Beitrag zur Frage der Appendixkarzinome. v. Langenbecks Arch. Bd. 80. Heft 1.
4. *Benestad, G., Epityphlitis traumatica. Norsk Magazin for Laegevidenskaben. Nr. 12.
5. Berger, Epileptische Krämpfe infolge Appendizitis. Med. Klinik. p. 278. (Bei einem 22jährigen, sonst gesunden Soldaten.)
6. *Bjalokur, T. P., Zur Frage von der Tastbarkeit des Wurmfortsatzes. Russki Wratsch. Nr. 40.
7. *Billington, W., The influence of age and type of patient upon the course and treatment of appendicitis. Brit. med. Journ. May 25.

7a. Bogdànovies, Milos, Ar appendix es a nöi genitaliäk. Orvosi Hetilap Nr. 49. (Bericht über 35 Fälle, in denen gelegentlich gynäkologischer Laparotomien auch der Wurmfortsatz krank befunden und entfernt wurde.). (Temesvàry.)

8. *Boit, Experimentelle Appendizitis. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Chir. Bd. 41. I. 234.
9. *Boit, H., und M. Heyde, Experimentelle Untersuchungen zur Ätiologie der Wurmfortsatzentzündung. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 79. Heft 2.
10. *Boljarski, N. N., Die Frühoperation bei der akuten Appendizitis. Russki Wratsch. Nr. 45 u. 46.
11. *Braun, Technik der Lokalanästhesie bei chirurgischen Operationen. Ergebn. d. Chir. u. Orthop. Bd. 4. p. 1.
12. Briscoe, J. F., Appendicitis in private and public hospitals for the insane. Brit. med. Journ. July 20. (Appendizitis ist infolge der Regelung des Stuhlganges in Irrenhäusern Englands eine seltene Erkrankung.)
13. Brosch, A., Über den Zusammenhang von Nebennieren- und Appendixerkrankungen mit schweren Kotstauungen. Virchows Arch. Bd. 207. p. 65. (Der vom Wurmfortsatz ausgeschiedene zähe Schleim schützt die Kotmassen vor zu starker Wasserentziehung. Daher kann der Verlust des Wurmes Kotstauung begünstigen.)
14. *Brüning, F., Zur Frage der traumatischen Appendizitis. Deutsche med. Wochenschrift Nr. 7.
15. *Burges, A. H., A clinical lecture on an analysis of five hundred consecutive operations for acute appendicitis. Brit. med. Journ. Febr. 24.
16. Butzengeiger, O., Beitrag zur Kasuistik des primären Krebses des Wurmfortsatzes. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 118. p. 391. (17jähriges Mädchen, 28jähriger Dachdecker, die Geschwülste sind klinisch gutartig, weil sie sehr früh exstirpiert werden.)

16a. Calzolari, M., Paresi intestinale recidivante. Rezidivierende Eingeweideparese. Rassegna di Ostetr. e Ginec. Anno XXI. Nr. 1. (Teilt einen Fall mit, in dem es sich um eine Frau handelt, bei der eine Auskratzung, wegen diagnostischen Zweckes, dann eine einfache Revision der Uterushöhle mit dem Löffel und endlich ein einfaches Sondieren mittelst eines Hysterometers, sowie die Auspinselung mit Jodtinktur, jedesmal Eingeweideparese mit schweren Symptomen hervorriefen. Nach jedesmal vier Tagen nur verschwanden die Erscheinungen vollständig.) (Artom di Sant' Agnese.)

17. *Chutro, Pedro, El ombligo de los appendiculares. Revista de la soc. méd. Argentina. Bd. 20. p. 189.
18. *Cignozzi, O., Sindrome appendicitica e ceco mobile. Appendicectomia e tiflopessia. Policlinico. Sez. chir. XIX. 4.
19. *Cohn, Moritz, Zur Bewertung des erweiterten Zickzackschnittes bei Wurmfortsatzoperationen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 118. p. 319.

20. *Colley, F., Die chronische Entzündung des Blinddarmanhanges (Epityphlitis chronica). 244 S. Berlin, August Hirschwald.
21. *Colmers, F., Über Pantopon- Skopolamin-Lokalanästhesie bei Bauchoperationen, insbesondere bei der Appendektomie. Zentralbl. f. Chir. Nr. 8. p. 253.
22. *Cordero, A., La tiflite acuta primitiva. Clin. chir. Nr. 11. (Mit tödlichem Ausgang.)
23. *Crämer, Fr., Coecum mobile und chronische Appendizitis. Münchn. med. Wochenschrift Nr. 12 u. 13.
24. *Cumston, Greene, Appendicitis in infancy and early childhood. Med. record. Nr. 23. Dec. 7.
25. *Dalmer, Abgang eines Kotsteines durch die Blase. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 11. (Nach Durchbruch eines appendizitischen Exsudats in die Blase.)
26. Daniel, G., Un cas d'appendicite herniaire avec adhérence du mésoappendice au sac et corps étranger de l'appendice simulant une occlusion intestinale. Gaz. des hôp. Nr. 84.
27. *Delagénière, H., Technique opératoire des appendicitis. Arch. prov. d. chir. Tome 21. Nr. 5. Mai.
28. *— De la technique operatoire des péritonites diffuses et des appendicitis. Annales internat. de chir. gastro-intestenale. Nr. 2.
29. Delore, H., et Joseph F. Martin, Lymphangite à distance dans l'appendicite. Lyon méd. p. 762. (Bauchdeckeneiterherde in der Nabelgegend und Leistendrüsenentzündungen.)
30. *Derganc, F., Appendectomia subserosa. Lijecnicki vijesnik. Nr. 5.
31. *Desnos, E., Corps étranger d'origine appendiculaire simulant un calcul vésical. Journ. d'urol. I. 4.
32. Douglas, John, Subphrenic abscess complicating appendicites. St. Lukes hospital med. and surg. reports. Vol. 3. 1911. (Zur Diagnose Röntgenaufnahme wesentlich.)
33. *Dreyer, L., Zur Diagnose der chronischen bezw. Intervallappendizitis. Aus der chir. Univ.-Klinik zu Breslau. Prof. Küttner. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 34.
34. *Eberle, Die praktische Verwendung der Lokalanästhesie im Krankenhaus. Arch. f. klin. Chir. Bd. 99. p. 1020.
35. *Fauntleroy, The ice-bag and appendicitis. Med. record. August 3. Vol. 82. Nr. 5.
36. *Findley, Appendicitis complicating pregnancy. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 59. Nr. 8.
37. Flaum, Schleimhautpolyp im Wurmfortsatz. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 8. (Der zu wiederholten Appendizitisanfällen Veranlassung gab.)
37a. Fomjò, Jànos, A nök appendicitise. Oroosi Hetilap, Nr. 49. (Bericht über 181 Appendix-Operationen an Frauen an der II. Chirurgischen Klinik in Budapest; in 16 Fällen waren gleichzeitig gynäkologische Erkrankungen vorhanden. In anderen 12 Fällen täuschten Erkrankungen der Geschlechtsorgane Appendizitiden vor.) (Temesvàry.)
38. Fosatti, C., Trombo-flebite mesenterica successiva al appendicitis. Clin. chir. Nr. 1. (Führte zur Ausstossung eines 30 cm langen gangränösen Darmstückes.)
39. *Fowler, Foreign body appendicitis. Annals of surg. Sept.
40. Frank, Secondary parotitis following operations for appendicitis. Surg., Gyn. and Obst. XIV. 5. (Mundpflege nach dem Eingriff! Alle bei der Narkose gebrauchten Geräte sollen keimfrei sein! Literatur.)
41. *Franke, Über einen Fall von Heilung pylephlebitischer Leberabszesse nach Appendizitis. Aus der chir. Klinik Heidelberg. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 39. (Operativ eröffnet und entleert.)
42. *Frankenstein, K., Zur Schnittführung bei Appendixoperationen. Zentralbl. f. Chir. Nr. 7. p. 214.
43. *— Bemerkungen zu der Erwiderung des Herrn Dr. A. Hofmann zu meinem Artikel: „Zur Schnittführung bei Appendixoperationen". Zentralbl. f. Chir. Nr. 21. p. 710.
44. *Frazier, The recognition and treatment of lesions of the right iliac fossa other than appendicitis. Annals of surg. Oct.
45. Frisch, A. v., Über Hämaturie bei Appendizitis. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 1. (Kann zu diagnostischen Schwierigkeiten führen gegen Steinbildung in den Harnwegen.)
46. *Fromme, A., Soll im Intermediärstadium der akuten Appendizitis operiert werden? Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 119. p. 562.

47. *German, Epidemiologisches zur Perityphlitis. Münchn. med. Wochenschr. Heft 34. p. 1857.
48. *Green, M., Some points connected with appendicitis in children. Practitioner. Vol. 89. Nr. 4. Oct. p. 508.
49. *Grant Andrew, J., The operation for acute appendicitis. Primary closure of the abdominal wound. Brit. med. Journ. May 25.
50. *Gutzeit, G., Zur Methodik der Spülung bei eitriger Bauchfellentzündung. Zentralbl. f. Chir. Nr. 31. p. 1049. (Gläserner Spülansatz.)
51. *Haagn, Th., Zur Technik der Appendektomie. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 119. p. 586.
52. Haim, Die Bedeutung der Bakteriologie für die Klinik der Peritonitis, insbesondere der appendikulären Peritonitis. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Chir. Bd. 41. I. p.243.
53. *Hellström, Nils, Zur Spontanheilung der akuten eitrigen Hepatitis nach Appendizitis. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 80. Heft 3. p. 546. (Drei spontan geheilte Fälle.)
54. *Heile, Folgen des mechanischen Abschlusses des Blinddarmanhanges. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Chir. Bd. 41. I. 228.
55. *Heyde, M., Bakteriologische und experimentelle Untersuchungen zur Ätiologie der Wurmfortsatzentzündung (mit besonderer Berücksichtigung der anaeroben Bakterien.) Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 76. Heft 1. p. 1. 1911.
56. *Hofmann, A., Erwiderung zum Artikel des Herrn Dr. Kurt Frankenstein: „Zur Schnittführung bei Appendixoperationen". Zentralbl. f. Chir. Nr. 13. p. 420.
57. *Hoffmann, H., Erfahrungen und Resultate unserer Perityphlitisbehandlung bei 4000 operierten Fällen. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 79. Heft 2. p. 305.
58. Hollenbach, Ein Fall von Appendizitis bei Situs inversus totalis. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 18. (Diagnose durch röntgenologische Untersuchung vorher gestellt [siehe Mühsam, Nr. 85.].)
59. *Hörrmann, A., Die Notwendigkeit der prophylaktischen Appendektomie bei gynäkologischen Operationen, zugleich ein Beitrag zur Frage der sog. Appendixkarzinome. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 46.
60. Hourtoule, V., Rein mobile et appendicite. Journ. d'urol. II. 6.
61. *Kaefer, N., Zur Technik der Appendektomie: die subserösen Ausschälungen der Appendix. Terapewtitscheskoje Obosrenje. Nr. 10. (Russisch.)
62. Mc Kenty, On appendix tumor. Annals of surg. Sept. (Häufiger bei Frauen als bei Männern.)
63. *Kofmann, Über die Ausschaltung des Wurmfortsatzes. Zentralbl. f. Chir. Nr. 50. p. 1700.
64. Krabbel, M., Divertikelbildung bei Appendizitis. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 80. Heft 1. p. 121. (Bei einem 22jährigen Mädchen nach heftigem akuten Appendizitisanfall.)
65. *Krogius, Ali, Wie können wir zur Einigung in der Appendizitisfrage gelangen? Münchn. med. Wochenschr. Nr. 12. p. 625.
66. *Lanz, Epidemiologisches zur Appendizitis. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 34. p. 1856.
67. Lecène, P., Deux cas d'appendicite kystique avec diverticule. Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris. 1911. Nr. 5.
68. Lejars, F., La „maladie gélatineuse" du péritoine d'origine appendiculaire. Semaine méd. Nr. 50. (17 Fälle mit zwei eigenen.)
69. Lerda, Guido, L'appendice iléocaecal ectopique. Presse méd. Nr. 4.
70. *Leriche, R., Un cas de tuberculose hypertrophique de l'appendice. Lyon chir. Tome 8. p. 295.
71. *Le Roy des Barres, Appendicite et dysenterie amébienne. Rapport de Ombrédanne. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. Tome 38. Nr. 7. p. 268.
71a. Leven, Die Blinddarmentzündung. Die Irrtümer der Diagnostik. Arch. f. Verdauungskrankheiten mit Einschluss der Stoffwechselpathologie und der Diätetik. Bd. 18. Heft 1. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1058.
72. Lewis, J. S., Abnormalities of the appendix due to disease. Buffalo med. Journ. Dec. (Fehlen des Wurmes bis auf kleine Ausstülpung, bei früheren Operationen zurückgelassene Teile des Wurmes.)
73. *Lieben, Chronische Appendizitis und Coecum mobile. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 50.

74. *Lieblein, V., Zur Kenntnis der lymphatischen Pseudoappendizitis. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 15. p. 560.
75. v. Lobmayer, Appendizitis im Schenkelbruch. Orvosi Hetilap. Nr. 16.
76. *Luce, G., Über sog. primäre Karzinome („Schleimhautnävi" nach Aschoff) und primäre Karzinome des Wurmfortsatzes. v. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 82. Heft 1.
76a. Mangiagalli, L., L'appendice nel campo ginecologico. Der Wurmfortsatz auf dem Gebiete der Gynäkologie und der Geburtshilfe. Atti della Soc. Ital. d'ostetr. e ginec. Vol. XVIII. (Artom di Sant' Agnese.)
77. Mauclaire et Amaudrut, L'iliopsoite appendiculaire. Arch. génér. de chir. VI. I. (Mit tödlichem Ausgang, stellt 36 Fälle aus der Literatur zusammen.)
78. *Melchior, E., und A. Löser, Zur Frage der rein chronisch verlaufenden Appendizitis mit besonderer Berücksichtigung der operativen Dauerresultate. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 79. Heft 3. p. 615.
79. *Melchior, Familiäre Appendizitis. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Chir. Bd. 41. I. 237.
80. *Merkens, W., Ein Beitrag zur Lehre vom Coecum mobile. Deutsche med. Wochenschrift Nr. 18.
81. *Miloslavich, E., Über die isolierte Tuberkulose des Wurmfortsatzes. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 21. p. 787.
82. *— Zur Pathogenese der Appendizitis. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 12. p. 442.
83. Miloslavich und Namba, Zur Frage der Appendixobliteration. Mitteil. a. d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir. Bd. 24. Heft 2. p. 215. (Kann Folge physiologischer Involution, akuter und chronischer Entzündung sein.)
84. *— — Über die primären Karzinome des Wurmfortsatzes. Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. 12. (Zwei neue Fälle mit ausführlicher Literaturzusammenstellung.)
84a. Montuoro, F., Crisi appendicolari da aderenze appendicolo annessiali in un caso di peritonite tubercolare. Appendikuläre Krisen durch Verwachsungen des Wurmfortsatzes und der Adnexe in einem Falle von tuberkulöser Peritonitis. Atti della Società Ital. di Ostetr. e Ginec. Vol. XVIII. (Artom di Sant' Agnese.)
85. Mühsam, Ein Fall von Appendizitis bei Situs inversus totalis. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 3. (Vor der Operation diagnostiziert, siehe Hollenbach, Ziff. 58.)
86. *Narath, A., Zur Technik der Appendektomie. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 119. p. 552.
87. Neuhof, Non suppurative subphrenic peritonitis complicating appendicitis. Surg., Gyn. and Obst. XIV. 3.
88. *Ney, Pin worm appendicitis. Bull. of the Johns Hopkins hospital. April. (Bei zwei Damen im Alter von 21 und 17 Jahren, einmal fünf, einmal zwei lebende Oxyuren.)
89. Noble, Cystic appendix vermiformis of unusual size. Journ. of the Amer. med. Assoc. Bd. 58. Nr. 10. (Grösster Umfang 18 cm, Länge 24 cm.)
90. *Oberndorfer, Die Ätiologie der Appendizitis. Med. Klinik. 1911. p. 2048.
91. *Papon, De l'appendicectomie sous-sereuse. Arch. de méd. et de pharm. milit. Mai.
92. *Pascale, G., Pathogenese der Appendizitis. II. chir. Univ.-Klinik Neapel. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 51.
93. Patel, M., et J. Murard, L'ulcération spontanée des branches de l'iliaque externe dans les abcès appendiculaire. Revue de chir. 32 Année. Nr. 8. (Blutungen meist tödlich, kurze Drains in Abszesse!)
94. *Paterson, J. H., Acute appendicitis. A plea for early operation. Brit. med. Journ. Oct. 5.
95. Payerne et Donins, Contribution au diagnostic différentiel de l'appendicite chronique. Arch. de méd. et de pharm. milit. Nov.
96. *Peiser, Zur Schnittführung bei Appendixoperationen. Zentralbl. f. Chir. Nr. 17. p. 571.
97. Mc Pherson, Ross, Congenital anomalies of the appendix, with report of a case. Bull. of the Lying-in Hospital of the city of New York. March. (Verwachsungen und Knickung bei einem durch Kaiserschnitt gewonnenen Neugeborenen.)
98. *Perkins, The large incision and the reason for it. Med. record. New York. July 20. Vol. 82. Nr. 3.

99. *Petrén, G., Zur Frage der Häufigkeit der akuten Appendizitis. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 76. Heft 3.
100. *Porter, Possible dangers of the vertical rectusincision. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 58. Nr. 19.
101. *Poynton, F. J., and Alexander Paine, The etiology of appendicitis as a result of a blood infection. Lancet. August 17.
102. *Przewalsky, Die Maximaldehnung des Mastdarms als ein sehr frühes Symptom bei Appendicitis acuta septica. Zentralbl. f. Chir. Nr. 25. p. 845.
103. Pupovac, *Dominik, Die chirurgische Behandlung der eitrigen Peritonitis bei Appendizitis. Med. Klinik. p. 513.
104. Rammstedt, C., Akute Appendizitis infolge von Krebs des Wurmfortsatzes. Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung. Nr. 6. (Sitz der Geschwulst an der Basis, 60jähriger Mann.)
105. *Rheindorf, Beitrag zur Frage der Bedeutung der Oxyuren bei der Wurmfortsatzentzündung der Kinder. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 10 u. 11.
106. Remsen, Appendicitis in an infant sixteen days old with appendix in an inguinal hernial sack. Annals of surg. Dec.
107. *Richardson, W. G., Appendicitis: the results of operations upon 619 cases. Brit. med. Journ. Sept. 28.
108. Rona, D., Appendizitis und Dysmenorrhoe. v. Langenbecks Arch. Bd. 97. Heft 4. (Bei Dysmenorrhoe ist an Appendizitis zu denken.)
109. *Rosanoff, W., Das Coecum mobile. Chir. Arch. Weljamin. Bd. 28. p. 812.
110. *Rost, Fr., Über die rektale Aufblähung des Dickdarms. Aus der chir. Klinik der Universität Heidelberg. Prof. Wilms. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 38. p. 2055.
111. Rubesch, R., und K. Sugi, Experimentelle Untersuchungen über das Entstehen traumatischer Blutungen in der Appendix. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 80. Heft 3. (Die bekannten, kleinen, kapillaren, submukösen Blutungen, wie man sie in frisch exstirpierten Wurmfortsätzen findet, sind Kunstprodukte.)
112. *Sailer, Cecum mobile. Amer. Journ. of the med. sciences. Febr.
113. Schwartz, Ed., Cancer de l'appendice tout à fait au début; signe d'appendicite. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. Tome 38. Nr. 27. p. 1011. (Bei einem 52jährigen Kranken.)
114. Schwenk, C., Fremdkörper im Meckelschen Divertikel unter den Erscheinungen der Appendizitis. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 47. (Nach Entfernung der leicht entzündeten Appendix zufällig noch entdeckt.)
115. *Scudder and Goodall, An analysis of results years after operation in 640 cases of appendectomy. Transact. of the Amer. asurg. ssoc. 1911. Vol. 29.
116. *Shapland, John Oee, Appendicitis. Practitioner. Vol. 89. Nr. 4. Oct. p. 556.
117. *Slawinski, Z., Zur Diagnose der chronischen bezw. Intervallappendizitis. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37.
118. *Sonnenburg, Zur Frage der traumatischen Appendizitis. Deutsche med. Wochenschrift Nr. 13.
119. — Appendizitis und Kolitis. Therapie d. Gegenw. 12. Jahrg. Heft 7.
120. *Springer, C., Die Maximaldehnung des Mastdarms als ein sehr frühes Symptom bei Appendicitis acuta septica. Zentralbl. f. Chir. Nr. 31. p. 1051.
121. *Stenglein, Über Pantopon-Skopolamin-Lokalanästhesie bei Bauchoperationen, insbesondere bei der Appendektomie. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 114. p. 534.
122. *Stiven, H. E. G., Acute appendicitis in children. Practitioner. Vol. 89. Nr. 4. Oct. p. 528.
123. *Stoeber und Dahl, Experimentelle hämatogene Infektion der Lymphfollikel des Appendix. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 24. Heft 4 u. 5. p. 645.
124. *Svenson, N. A., Seröse Pleuritis bei Wurmfortsatzentzündung. Russki Wratsch. Nr. 47.
125. *Tschmarke, Die allgemeine eitrige Peritonitis und ihre Behandlung mit besonderer Berücksichtigung der Appendizitis. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 13.
126. *Tyrode, W. V., Relation of chronic appendicitis to colitis. Boston med. and surg. Journ. Jan. (Kolitis spielt eine grosse Rolle in der Ätiologie der Appendizitis.)
127. *Unger, E., Zur Diagnose der akuten Perityphlitis mittelst Auskultation. Zentralbl. f. Chir. Nr. 40. p. 1364.

128. *Valentine, John, Appendicular abscess in the pouch of Douglas. Practitioner. Vol. 88. Nr. 5. p. 736.
129. *Wahle, Epidemiologisches zur Perityphlitis. Münchn. med. Wochenschr. Heft 26. p. 1438.
130. *Walton, Martin, Fecal concretion in the Fallopian tube. St. Lukes hospital and surg. reports. Vol. 3. 1911. (Kotstein zweifellos von einem Appendixdurchbruch herrührend.)
131. *Wehl, Zur Tamponade der Bauchhöhle. Zentralbl. f. Chir. Nr. 8. p. 254.
132. Wiener, Gangrene of ileum complicating appendicitis. Annals of surg. Dec. (Verursacht durch Thrombosen der Mesenterialgefässe.)

Nach Feststellungen Petréns (99) bekommen in Malmö und Lund jährlich etwa 0,2 % der Bevölkerung Appendizitis, eine Zahl, die mit der bei der Berliner Sammelforschung von Albu und Rotter gewonnenen übereinstimmt. Die Krankheit trifft von Menschen zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr ungefähr 0,5 %, von Menschen unter dem 20. Lebensjahr mit Abnahme des Alters weniger, von Menschen über dem 30. Lebensjahr mit Zunahme des Alters weniger.

Auf Grund einer Fragebogenforschung stellt Melchior (79) fest, dass in nahezu der Hälfte aller Fälle von einem familiären Auftreten der Appendizitis gesprochen werden kann. Neben gemeinsamen Schädlichkeiten kommen dafür fraglos vererbte Disposition, z. B. Lageanomalien und Formveränderungen des Wurmfortsatzes in Frage, so dass von einer hereditären Appendizitis gesprochen werden darf. Beiträge zu den gemeinsamen Schädlichkeiten — Infektion von einer Angina aus bei familiärer oder nahezu familiärer Appendizitis — liefern Wahle (129), Lanz (66) und German (47).

Die zahlreichen Bausteine zur **Pathogenese** der Appendizitis bringen viel wertvolles Material, gestatten jedoch immer noch nicht ein einheitliches Gebäude dieser Frage aufzuführen. Die Appendizitis als Zeichen der Allgemeininfektion (z. B. Influenza) kommt nach Oberndorfer (90) fraglos vor, ist nach Pascale (92) selten (4—5 % der Fälle). Ihren Zusammenhang mit Angina weisen [abgesehen von den schon erwähnten kasuistischen Mitteilungen von Wahle (129), Lanz (66) und German (47)], besonders schön Poynton und Payne (101) nach, denen es gelang, bei einem 15jährigen appendizitiskranken Mädchen von der rechten Tonsille und aus dem Inhalt des entzündeten Wurmes identische Strepto-Diplokokken zu gewinnen, die sich in Kaninchenversuchen als stark tierpathogen erwiesen, mehrfach Arthritis und einmal Appendizitis im mittleren Wurmdrittel hervorriefen. Die Tatsache, dass sich beim Kaninchen durch Infektion mit Streptokokken so schwer Appendizitis erzeugen lässt, erklären Stoeber und Dahl (123) mit der geringen Gewebsempfindlichkeit der Tiere. Sie suchen diese Gewebsresistenz durch rasch hintereinander wiederholte Infektionen zu umgehen, mit dem Erfolg, dass sie bei solchen Versuchstieren im Wurm regelmässig Follikelschwellung, zahlreiche Blutungen und massenhafte Ansammlung von Diplokokken in den zum Teil nekrotischen Follikeln bei unversehrtem Epithel erzielten. Miloslavich (82) findet beim Status lymphaticus grössere Länge des Wurmes, trichterförmige Einmündung und histologisch mächtige Hyperplasie des lymphatischen Apparates, der sich bei einigen gegen die Lichtung, bei anderen gegen den Muskelring vordrängt. Dadurch werden tiefe Schleimhautbuchten gebildet oder die peristaltischen Fähigkeiten geschädigt. Scheinbar normale, auf Grund klinischer Erscheinungen operativ entfernte Wurmfortsätze zeigen nicht selten eine starke Hyperplasie des lymphatischen Apparates (Pseudoappendicitis lymphatica), die auch von Lieblein (74) bestätigt wird.

Weit überwiegend wird die Appendizitis als rein örtliches Leiden aufgefasst. Bestimmend für die Entstehung und das Wesen der Krankheit sind nach Pascale (92) folgende Faktoren: 1. Veränderungen des Blutkreislaufes im Wurmfortsatz (Stasis, Embolie, Thrombose usw.). 2. Veränderungen der Lymphfollikel durch toxische Produkte, die infolge veränderter chemischer Zusammensetzung der Darmsäfte entstehen (Follikulitis) 3. Verweilung und Virulenz der gewöhnlichen Keime des Darmrohrs infolge Symbiose oder Verstärkung ihrer Aktivität (septische Venenentzündung). In anderen Fällen setzen sich Keime, die ihn gewöhnlich nicht bewohnen, im Wurmfortsatz fest. So scheinen Tuberkulose, Aktinomykose, Typhus u. a. allein durch ihre Anwesenheit eine Entzündung des Wurmfortsatzes hervorrufen zu können. Nach Heydes (55) umfassenden Untersuchungen spielen unter den ätiologisch in Betracht kommenden Keimen die Anaeroben bei weitem die grösste Rolle. Nach Heile (54), dem wir die ersten erfolgreichen Tierversuche über die Pathogenese der Appendizitis verdanken, hat Darminhalt im abgeschlossenen Wurmfortsatz stets dieselbe typische, destruierende Entzündung mit Peritonitis und Tod des Versuchstieres zur

Folge. Ist dagegen der abgeschlossene Wurmfortsatz leer, so kommt eine umschriebene Eiterung ohne Tod des Wurmfortsatzes zustande. Einspritzung von Bakterien hat niemals gangränöse Entzündung zur Folge, höchstens den Tod des Tieres unter dem Zeichen der Sepsis (Bakteriämie). Die destruierende Entzündung ist daher nicht Folge einer spezifischen bakteriellen Infektion, sondern das Intoxikationsbild infolge Wirkens der toxischen Eiweissabbauprodukte.

Nicht ganz übereinstimmend mit diesen Ergebnissen finden Boit (8) und Boit und Heyde (9), dass durch artgleiche virulente Bakterien beim Hunde Veränderungen des Blinddarmanhanges verschiedenen Grades bis zur destruierenden Entzündung hervorgerufen werden können. Dazu ist die Anwesenheit von Kot nicht erforderlich. Fäulniskeime spielen eine sekundäre Rolle. Stagnation des Inhalts ist Vorbedingung, Okklusion nicht erforderlich. Der Charakter der Entzündung wird bedingt durch die Art und Virulenz der Bakterien, wohl auch durch den Grad der Resistenz des Organismus. Die Anwesenheit eines Kotsteines ist nicht für die Entstehung einer destruierenden Entzündung, wohl aber für den Verlauf des Prozesses von Bedeutung. Er wirkt vorwiegend durch Kontaktinfektion auf die erkrankte oder lädierte oder in ihrer Ernährung geschädigte Schleimhaut.

Echte Fremdkörper sind nach Fowler (39) selten (2—3 %) und stets von Kot umhüllt. Gefährlich sind Stecknadeln, die fast stets mit dem Kopf voraus sich im Wurmfortsatz finden. Von 63 Literaturfällen Fowlers waren 23 Kinder.

Ney (88) fand bei einem 17- und einem 21 jährigen Mädchen Oxyuren im Wurm, Rheindorf (105) zeigt in schönen Untersuchungen und Abbildungen, wie die Oxyuren in die Schleimhaut des Wurmes eindringen und dort Entzündungen veranlassen und schliesst im Gegensatz zu Aschoff, dass sie bei der Pathogenese der Appendizitis nicht ohne Bedeutung sind (Fortsetzung der Untersuchungen und Kontroverse 1913).

Brüning (14) hält seinen Standpunkt der traumatischen Genese gewisser Appendizitisfälle aufrecht. Sonnenburg (118) schliesst sich in einer Reihe von Punkten der Anschauung Brünings an. Doch geht es ihm zu weit, in allen Fällen, in denen ein Mensch nach einem Trauma an Blinddarmentzündung erkrankt, eine traumatische Appendizitis anzunehmen. Nur bei einem schon veränderten Wurmfortsatz ist das Trauma imstande, eine akute Appendizitis auszulösen. Zur Annahme einer traumatischen Appendizitis bedarf es des Beweises, dass wirklich eine die Blinddarmgegend direkt beeinflussende Gewalteinwirkung stattgefunden hat, dass sie zeitlich begrenzt war und dass ein kontinuierlicher Zusammenhang, dessen Intervall höchstens auf 48 Stunden zu bemessen ist, zwischen Trauma und Erkrankung bestand. Benestad (4) bringt zwei Fälle traumatischer Appendizitis und sieht besonders das Verschwinden des ersten auf den Unfall folgenden Schmerzes und die Wiederkehr nach Stunden in heftiger Form zumeist mit Erbrechen als charakteristisch für die traumatische Entstehung an.

Nach Le Roy des Barres (71) kann die Appendizitis aus einer Amöbeninfektion entstehen. Therapeutisch soll bei leichter Dysenterie mit geringen Appendixerscheinungen nicht operiert werden, dagegen bei ausgesprochener Appendizitis, gleichgültig, ob die Dysenterie leicht oder schwer ist, und auch in Fällen leichter Appendizitis bei schwerer Dysenterie chirurgisch eingegriffen werden. In solchen Fällen zunächst Appendektomie und Anheftung des Cökums an die Bauchschnittwunde. Einige Tage später Eröffnung des Blinddarms mit dem Thermokauter und Spülung des Kolon von der Fistel aus.

Bei der Appendizitis der Kinder fand Stiven (122) Kotsteine in 11 %, Gangrän in 31 % und allgemeine Peritonitis in 25 %. Die Durchschnittssterblichkeit ist viermal so gross wie bei Erwachsenen. Greene Cumston (24) schiebt der Appendizitis in beherzigenswerten Ausführungen viele Todesfälle von Kindern an „Enteritis" auf das Schuldkonto. Die Prognose der Krankheit im Kindesalter ist deshalb so ungünstig, weil die Diagnose oft zu spät gestellt wird. Ähnlich Green M. (48).

Findleys (36) Erfahrungen beweisen aufs neue die Gefährlichkeit der Appendizitis während der Schwangerschaft und während des Wochenbettes. Die Operation hatte bei seinen 15 Kranken niemals eine Unterbrechung der Schwangerschaft zur Folge. Die Schwangerschaft löst oft neue und weit schwerere appendizitische Anfälle aus. Daher früheste Frühoperation!

Mangiagalli (76a) meint, dass die Appendizitis als Komplikation der Schwangerschaft sehr selten ist, jedoch weniger selten, als in älteren Statistiken behauptet wird. Es ist zweifelhaft, ob die Schwangerschaft in ausgeprägter Weise, die Prognose, der biologischen Faktoren halber, verschlimmert; hingegen kann der schädliche Einfluss nicht geleugnet werden, den in den einzelnen Fällen die Schwangerschaft, die Geburt, das Wochenbett auf die mechanischen Faktoren ausüben können.

Bezüglich der Verhältnisse zwischen Appendicitis und Salpinx-Eierstockentzündungen derselben Seite, ist die Ausdehnung des Prozesses nach beiden Richtungen hin anzunehmen; in den meisten Fällen jedoch ist diese Ausbreitung eine Äusserliche, infolge der Teilnahme der Serosa, und besteht in einfachen Verwachsungen. die die Adnexe und die Appendix verbinden.

Verf. hat jedoch Fälle von in Eierstock-Geschwülsten oder Sactosalpingitiden sich geöffnete Appendicitis gesehen.

Er ist gegen eine systematische Entfernung des Wurmfortsatzes bei jeder Laparotomie, doch rät er zur ausgiebigen Exstirpation wenn einige Veränderungen bestehen, und wenn die Anamnese über vergangene Appendicitisanfälle berichtet.

Mangiagalli nimmt an, dass die Appendizitis in der Schwangerschaft der medizinischen Behandlung zugänglich sei, welche oft ausgezeichnete Resultate liefert. Doch ist er der Meinung, dass man mehr operieren müsse, sei es der Bedeutung der mechanischen Faktoren wegen, sei es weil eine Peritonitis mit Perforation in der Schwangerschaft dem Geburtshelfer die grössten Schwierigkeiten bereitet und die Kranke in den meisten Fällen in eine verzweifelte Lage bringt.

Während die Technik keine bedeutende Abänderung infolge der mehr oder weniger vorgeschrittenen Schwangerschaft erleidet, erschwert im Falle einer Perforationsperitonitis der schwangere Uterus die Ausleerung der Ansammlungen und macht die Drainierung fraglich. Je nach dem Falle ist eine Frühgeburt, der Kaiserschnitt, die Uterusabtragung angeraten.

Bei vorgeschrittener Schwangerschaft, immer bei Perforationsperitonitis, ist Verf. für die Ausleerung der Gebärmutter auf natürlichen Wegen, durch Anlegen einer aufsteigenden Drainage in dem Douglas'schen Raum, eventuell begleitet von einer Drainage anderer Bauchgegenden, oder untere Drainierung mittels hinterer Colpocöliotomie. Bezüglich dieser Frage ist jedoch ein grösseres geeignetes, statistisches Material notwendig, um eine auf Tatsachen gestützte Lösung zu versuchen. (Artom di S. Agnese.)

Der gesunde Wurmfortsatz ist nach Bjalokur (6) auch nach Hausmanns Verfahren nicht tastbar; dagegen ist die Tastung erkrankter Wurmfortsätze bei unklaren Krankheitsbildern von grossem Wert.

Als **diagnostisches Hilfsmittel** dient bei chronischer oder Intervallappendizitis nach Dreyer (33) die Luftaufblähung vom Mastdarm aus, die sobald die eingeblasene Luft den Blinddarm erreicht und entfaltet, bei Bestehen entzündlicher Veränderungen am Wurmfortsatz oder in seiner Nachbarschaft Schmerzen erzeugt, die bei gesunden Individuen fehlen. Der Mitteilung Dreyers geht eine Empfehlung des erwähnten Verfahrens von Bastedo (2) voraus und folgt eine weitere von Slawinski (117). Nach Rost (110) kann auch bei fehlender Appendix Schmerz nach Luftaufblähung in der rechten Unterbauchgegend auftreten. Auch Erkrankungen anderer Dickdarmabschnitte mit Verwachsungen und Verlagerungen lassen sich durch Lufteinblasungen durch Schmerzen an entsprechender Stelle nachweisen.

Przewalsky (102) macht auf die Maximaldehnung des Mastdarms als ein frühes Zeichen akuter, perforativer Appendizitis aufmerksam. Springer (120) benutzt dies Zeichen besonders bei der schweren Appendizitis der Kinder. Der Tastbefund ist ausserordentlich charakteristisch, der untersuchende Finger fällt förmlich in eine weite, schlaffwandige Höhle. Unger (127) hörte bei frischen Appendizitisfällen über dem rechten Unterbauch alle 10—20 Sekunden ein kurzes, deutlich helles, metallisch klingendes Darmgeräusch. Das Phänomen ist nur vorhanden, wenn der Entzündungsprozess auf Cökum und Wurmfortsatz beschränkt ist, fehlt aber, wenn die Peristaltik des Dünndarms erloschen ist, also bei Peritonitis, ferner wenn ein katarrhalischer Zustand grösserer Darmpartien vorliegt oder der entzündliche Prozess seinen Ursprung nicht am Cökum hat. Chutro (17) macht auf das Abweichen des Nabels nach rechts, die Umformung der Linea alba zu einem nach rechts konvexen Bogen und charakteristische Verziehungen des Nabels nach rechts, Shapland (116) auf das Zurückbleiben der rechten unteren Bauchhälfte bei der Atmung und stärkere Blutfüllung der Venen der rechten Bauchhälfte in Fällen akuter Appendizitis aufmerksam.

Bei der **Behandlung** der Appendizitis warnt Fauntleroy (35) vor der Eisblase. Sie behindert die Bildung des reaktiven, herdbegrenzenden Entzündungswalls um den Wurm und schränkt den nützlichen Anstieg der Leukozytenzahl ein.

Der Kampf um die Frühoperation und die Zeit der Zusammenstellung grossen klinischen Materials zur Begründung dieser Operation ist im allgemeinen vorüber. Boljarski (10), Burges (15), Richardson (107) und vor allem Hoffmann (57) in umfassender

Bearbeitung des Materials der Kümmellschen Abteilung bringen solche Zusammenstellungen. Paterson (94) glaubt, dass von den 1500 Menschen, die in England und Wales jährlich an Appendizitis sterben, bei allgemeiner Einführung der Frühoperation die Mehrzahl zu retten wäre. Fromme (46) will entgegen Merkens (siehe letzten Jahresbericht) im Intermediärstadium nicht operativ eingreifen. Nach Ali Krogius (65) entspricht die allgemein verbreitete Ansicht von der Unmöglichkeit der Prognosestellung im Frühstadium der Appendizitis nicht den klinischen Tatsachen. Ein regelmässiger, zu ungestörter Besserung neigender Verlauf spricht für entschieden leichte Fälle. Dagegen soll die Verschlimmerung auch nur eines Symptoms zur ungesäumten Operation auffordern. Die Appendizitis darf nicht schlimmer werden! Von vornherein schwer einsetzende Fälle sind selbstverständlich dem Chirurgen zu überweisen.

Der Aufschub der Operation ist nach Billington (7) besonders bei Kindern unter 12 und bei Erwachsenen über 40 Jahre gefährlich.

Während zur Appendektomie von der Mehrzahl die Allgemeinbetäubung bevorzugt wird [Braun (11), Eberle (34) u. a.], empfehlen Colmers (21) und Stenglein (121) die Pantopon-Skopolamin-Lokalanästhesie, deren Verfahren Stenglein im einzelnen schildert.

Frankenstein (42, 43) gibt für die Intervalloperation der Frauen, um stets eine Untersuchung der Adnexe zu ermöglichen, dem Pfannenstielschen Faszienquerschnitt unbedingt den Vorzug, den er etwas höher anzulegen empfiehlt, als der Autor in seiner ersten Veröffentlichung angab. Er findet dabei die volle Zustimmung Peisers (96), der den Schnitt ebenfalls etwas höher und extramedian nach rechts verschoben macht, und lebhaften Widerspruch bei Hofmann (56), der die prinzipielle Anwendung des Pfannenstielschen Schnittes für verfehlt hält, da es bei retrocökaler Lage des Wurmfortsatzes ausserordentlich schwer oder auch unmöglich sein kann, den Wurm von diesem Schnitt aus zu entwickeln. Delagénière (27 und 28) tritt warm für einen Querschnitt von der Spina ant. sup. aus ein. Im übrigen hat der Zickzack- oder Wechselschnitt unter den Chirurgen die zahlreichsten Anhänger. Cohn (19) widmet dem erweiterten Zickzackschnitt, bei dem die vordere Rektusscheide in der Richtung des M. obliquus internus gespalten wird, eine Studie und findet nach ihm bei wenigstens ein Jahr vorher operierten Fällen insgesamt 7,6 % Hernienbildung, gegen 40 % beim Schrägschnitt und 30 % beim Lenander-Schnitt. Porter (100) erwähnt als Gefahr des Pararektalschnittes bei nicht primärer Heilung Blutungen aus der Vena epigastr., auch ohne dass sie instrumentell oder durch Drains geschädigt wurde. Perkins (98), Tyrode (126) und Frazier (44) treten für grosse Schnitte ein, da nur grosse Schnitte genügende diagnostische Einsicht schaffen. Besonders Narath (96) ist ein eifriger Verfechter des sehr kleinen Hautschnittes, bei dem das Hautfenster über den tieferen Bauchwandlagen, die alle in ihrer Faserrichtung durchtrennt werden, verschoben wird. Die Peritonealwunde lässt sich durch Abbinden der in die Höhe gehobenen Wundränder schliessen.

Bei der Versorgung des Wurmstumpfes legen Haagn (51) und mit ihm Narath (96) Wert darauf, dass die Serosanaht (Tabaksbeutelnaht) angelegt wird, noch bevor die Appendix abgetragen ist und dass die Zuziehung der Naht unmittelbar an die Abtragung angeschlossen wird, so dass der Stumpf verschwindet, ohne mit Nahtmaterial oder Händen in Berührung gekommen zu sein. Sultan empfiehlt die Diagonalnaht und Pochhammer die Kreuzverschlussnaht zur Versenkung des Stumpfes (siehe Darm). Kofmann (63) rät bei Intervalloperationen, wenn die Lösung des Wurmfortsatzes grosse Schwierigkeiten macht, ihn einfach durch Unterbindung, Abtrennung und Cökumversorgung vom Darm auszuschalten, im übrigen aber, soweit er sich nicht abtrennen lässt, in seinen Verwachsungen zu belassen (nicht ohne — im Jahre 1913 — lebhaften Widerspruch zu finden). Kaefer (61). Derganc (30) und Papon (91) schälen in ähnlichen Fällen den Wurm subserös aus wie einen Finger aus dem Handschuh und haben nur gute Ergebnisse von diesem Verfahren gesehen. Goldmann und Rotter (siehe bei Leber, Ziff. 26 und 63) treten bei Gallenblasenoperationen wie bei Appendixeingriffen, auch bei eitrigem Bauchinhalt und perforiertem Wurmfortsatz warm für den sofortigen Schluss des Peritoneums ein. Sie erkennen als Gegenindikation nur Blutung, absondernde eitrig infiltrierte oder gangränöse Flächen und serosaentblösste Stellen an. Auch Grant (49) schliesst das Peritoneum auch bei Peritonitis unmittelbar nach dem Eingriff, verzichtet jedoch nicht auf Kolivakzine, Jodoformemulsion u. a. Zur Verhinderung des Festklebens des Mull bei der Tamponade der Bauchhöhle empfiehlt Wehl (131) ein Gemisch von Jodoform und Kalomel zu gleichen Teilen, mit dem die mit essigsaurer Tonerde angefeuchteten Mullstücke bestreut werden. Die Tatsache, dass solche

Mullstücke sich nach 2—4 Tagen auffallend leicht herausziehen liessen, erklärt Wehl durch eine geringe, unschädliche Ätzwirkung der Pulvermischung.

Tschmarke (125) und Pupovac (103) widmen der Behandlung der diffusen Bauchfellentzündung bei Appendizitis ausführliche Arbeiten. Beide spülen. Tschmarke misstraut der Jodtinkturdesinfektion als nicht ungefährlich für das Bauchfell. Pupovac schliesst möglichst primär die Bauchhöhle. Gutzeit (50) bespricht einen besonderen von Payer zur Bauchspülung gebrauchten Glasansatz.

Folgezustände. Über das Befinden von Appendektomierten 1 bis 22 Jahren nach der Operation haben Scudder und Goodall (115) Erkundigungen eingezogen. Unter 3000 Operierten erhielten sie von 640 nähere Nachrichten. Als gut wird das Resultat bezeichnet von 94,6 % der Kranken, als schlecht von 4,6 %. 10 % haben Hernien und zwar 48,2 % der Drainierten und 3,9 % der Nichtdrainierten.

Kotsteine können durchbrechen und zu eigentümlichen Krankheitsbildern Veranlassung geben. Desnos (31) und Dalmer (25) erlebten ihren Durchbruch in die Blase. Im Falle Desnos wurde der Kotstein für einen Phosphatstein gehalten und durch Lithotrypsie entfernt, im Falle Dalmer ging er spontan ab. Walton (130) entdeckte als Ursache einer eiternden Fistel, die nach einer Appendizitisoperation zurückgeblieben war, einen Kotstein, der in der entzündeten Tube sass.

Aus dem Gebiete der Nachkrankheiten der Appendizitis teilt Franke (41) einen geheilten Fall von operativ eröffneten multiplen Leberabszessen und Hellström (53) drei spontan geheilte Fälle von multiplen Leberabszessen mit.

Für die Entstehung eines Douglasabszesses ist nach John Valentine (128) die Lage des Wurmfortsatzes belanglos. Die tiefste Beckenstelle ist aus rein mechanischen Gründen bevorzugt. Dem frühen Douglasabszess, der beträchtliche Grösse erreichen kann, steht der späte, in der dritten bis vierten Woche sich entwickelnde, meist klein bleibende gegenüber. Behandlung: Einschnitt vom hinteren Scheidengewölbe, vom Darm oder vom Mastdarm.

Nach Svenson (124) kommen im Gefolge der Appendizitis ausser der eitrigen Pleuritis, die den subdiaphragmatischen Abszess begleitet, seröse, gutartige Pleuritiden mit sterilem Exsudat vor. Ihre Ursache ist der Lungeninfarkt oder Ausbreitung des entzündlichen Prozesses längs des Colon ascendens auf Leber, Zwerchfell, Pleura.

Über die **chronische Appendizitis** liegen zwei sehr ausführliche Mitteilungen vor: eine Monographie von Colley (20) und eine umfassende Arbeit von Melchior und Löser (78). Letztere fanden bei Nachuntersuchungen von Appendektomierten, die an chronischer Appendizitis mit Anfällen gelitten hatten, 96 % und von solchen, die an chronischer Appendizitis ohne Anfälle gelitten hatten, 60 % beschwerdefrei.

Die Literatur über das **Coecum mobile** bringt wenig neue Gesichtspunkte. Crämer (23) weist nach, dass es eine wahre Typhlitis gibt und rechnet ihr alle unter dem Namen Coecum mobile vereinten Krankheitszustände zu. Cordero (22) bringt einen durch die Sektion erhärteten Fall von Typhlitis mit tödlichem Ausgang. Rosanoff (109), Sailer (112), Cignozzi (18) und Merkens (80) bringen zustimmende Erfahrungen über das Coecum mobile. Indes glaubt der letzte, dass zuviel in diesen Sammeltopf geworfen wird.

Auch über die Tuberkulose des Wurmfortsatzes [Leriche (70) und Miloslavich (81)] und über die Wurmfortsatztumoren werden wesentliche Fortschritte nicht mitgeteilt. Von Arbeiten über die letzten seien die von Miloslavich und Namba (84) erwähnt, die die Literatur ausgiebig zusammenstellen, ferner Hörrmann (59), der die Möglichkeit der Entwickelung bösartigen Tumoren als Veranlassung zur Entfernung des Wurms bei jeder gynäkologischen Operation ansieht, endlich Luce (76), der eine scharfe Trennung zwischen den nicht so seltenen Schleimhautnävi (Aschoff) und den vorderhand recht seltenen primären, klinisch bösartiger Karzinomen des Wurmfortsatzes empfiehlt. Wahrscheinlich können die kongenitalen Nävi im Darmkrebsalter oder selten früher ähnlich den Hautnävi bösartige werden. Sicher stellen sie eine Disposition zur Appendizitis mit allen ihren Folgen dar.

E. Leber- und Gallenwege.

1. *Aldor, L. v., Die Therapie der Cholelithiasis. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 18. p. 660.
2. *Amante, M., Le lesioni traumatiche del fegato e delle vie biliari. 495 S. mit 12 Textfiguren. Tipogr. naz. Rom.
3. *Baron, Alexander, Beiträge zur Pathologie der Cholelithiasis. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 77. Heft 2.
4. Berg, J., Beitrag zur Frage des Hydrops des gesamten Gallensystems. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 24. Heft 2. (Tritt auch bei Gallensteinverschluss auf.)
5. *Bernheim and Voegtlin, Is the anastomosis between the portal vein and the vena cava compatible with life? Bull. of the John Hopkins hosp. Febr. (Ja!)
6. Brandt, R., Die Bildung eines künstlichen Choledochus mittelst eines einfachen Drainrohrs. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 119. p. 1. (Siehe Wilms.)
7. Borelius, J., Zur Hepatikusdrainage. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 78. Heft 2. (Gegner der prinzipiellen Eröffnung und Sondierung des Choledochus und anschliessender Hepatikusdrainage.)
8. *Borszéky, Karl, Die radikale Behandlung der Leberechinokokken. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 78. Heft 3.
9. *Brüning, Statistisches über 367 Choledochotomien. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 33.
10. Capelle, W., Cholezystotomie und primäre Choledochusnaht bei Cholelithiasis. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 78. Heft 3. p. 681. (Bringt den Standpunkt der Klinik Garré, die an der Cholezystotomie und an der Choledochusnaht mit gewissen Einschränkungen festhält.)
11. Cerné, M. A., Pneumatose kystique post-operatoire, consécutive à la réduction sans drainage d'un kyste hydatique du foi. Presse méd. Nr. 18.
12. Chase, Newer methods of diagnosis of pathologic conditions of the liver. Journ. of the Amer. med. assoc. Vol. 59. Nr. 5. (Urobilinogen- und Galaktosemethoden.)
13. Cotte, G., et Bressot, E., Des troubles dyspeptiques d'origine biliaire. Revue de chir. 32 Année. Nr. 8.
14. *Davis, End results in gall-bladder surgery. Surg., Gyn. and Obst. XV. 1.
15. Mc Dill, Bloodless surgery of the liver. Journ. of the med. Assoc. Vol. 59. Nr. 14.
16. *Doberauer, Über gallige Peritonitis ohne Perforation der Gallenwege. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 24. Heft 2. p. 305.
17. Dohan, Duodenalstenose bei Cholelithiasis. Wiener med. Wochenschr. Nr. 16.
18. *Exner, A., Die Indikationsstellung und die Erfolge der chirurgischen Behandlung bei Cholelithiasis. Kritisches Sammelreferat. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 15. Nr. 3. (Literaturverzeichnis von 209 Arbeiten.)
19. Faure, J. L., Sur le traitement de l'hépatite diffuse par la dilacération du foie. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. Tome 38. Nr. 27. p. 1016. Nr. 28. p. 1054. (Durch stumpfes Eingehen ins Lebergewebe geheilt.)
20. Fertig, Choledochotomie wegen Spulwürmern. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 114. p. 410. (Bei Cholelithiasis. Literatur.)
21. *Finsterer, H., Über Bradykardie bei Leberrupturen. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 11. p. 408.
22. *— Über Leberverletzungen. Eine experimentelle und klinische Studie. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 118. p. 1.
23. Flörken, H., Gallenblasenresektion mit Steinrezidiv nach Cholezystektomie. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 113. p. 604. (Neubildung einer rudimentären Gallenblase aus einem erhaltenen Cysticus und wahrscheinlich ein echtes Steinrezidiv in ihr.)
24. Frattin, G., Epatoptosi ed epatopessia. Clin. chir. Nr. 4.
25. Friedmann, A tentative diagnosis of aneurysm of the hepatic artery, and findings at operations. Med. record. New York. Sept. 21. Vol. 82. Nr. 12.
26. *Goldmann, A., Über den Verschluss der Bauchhöhle nach der einfachen Cholezystektomie. St. Hedwig-Krankenhaus. Prof. Dr. Rotter. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 35.
27. *Gosset, A., De l'incision transversale dans les opérations sur la vésicule et les voies biliaires. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. Tome 38. Nr. 31. p. 1174. (Zieht Sprengels Querschnitt vor.)

28. *Grube, K., und H. Graff, Die Gallensteinkrankheit und ihre Behandlung vom Standpunkt des inneren Mediziners und Chirurgen. 172 S. mit drei lithograph. Tafeln und 20 Textfiguren. Jena, Gustav Fischer.
29. Hildebrandt, W., Zur Frage der zentralen Läppchennekrose der Leber und deren etwaigen Beziehungen zur Pankreasfettgewebsnekrose. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 24. Heft 4 u. 5. p. 652. (Beruhen auf Chloroformwirkung. Durch Pankreasfettgewebsnekrose wird die Gefahr der Chloroformbetäubung erhöht.)
30. *Hofbauer, Zur Pathogenese der Cholelithiasis. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 24. Heft 3. p. 583.
31. Le Jemtel, De la rupture des kystes hydatiques dans les voies biliaires. Ann. intern. de chir. gastro-intestinale. 1911. Nr. 4.
32. Kausch, W., Über Gallenweg-Darmverbindung. v. Langenbecks Arch. Bd. 97. Heft 2 u. 3. (Umfassende Arbeit mit vielen Einzelheiten.)
33. Mc Kechnie, W. E., Abscess in the lung and liver: simple cure of a chronic case by the upside-down position. Lancet. March 30. (So dass sich der Leberabszess durch die Lunge der Schwere nach entleeren konnte.)
34. Kehr, H., Zur Verbesserung der Hepatikusdrainage. Zentralbl. f. Chir. Nr. 30. p. 1017. (Rinnenrohr statt des T-Rohrs.)
35. *— Welche Indikationen für die interne und chirurgische Therapie des Gallensteinleidens müssen wir auf Grund der Untersuchungen des Pathologen Aschoff aufstellen? Berl. klin. Wochenschr. Nr. 24.
36. *— Über den Bauchdeckenschnitt, die Bauchnaht und die Tamponade bei Gallensteinoperationen. v. Langenbecks Arch. Bd. 97. Heft 1. (Für Wellenschnitt und Bauchtamponade.)
37. — Wann soll man nach einer Ektomie bei negativem Palpationsbefund von Steinen im Choledochus diesen Gang inzidieren und drainieren und wann nicht? v. Langenbecks Arch. Bd. 97. Heft 2.
38. *König, F., Über die Schnittführung bei Operationen an den Gallenwegen. Zentralbl. f. Chir. Nr. 16. p. 529. (Kombination des Rektus-Querschnitts mit Längsschnitt ist der beste Schnitt für Gallenwegoperationen; Querschnitt wird etwas tiefer angelegt, als im übrigen empfohlen.)
39. *Körte, W., Einige Bemerkungen zur Frage des Bauchdeckenschnittes. v. Langenbecks Arch. Bd. 97. Heft 3. (Tritt warm für Sprengels Querschnitt durch den Rektus ein.)
40. *Krause, F., Leberresektion wegen geschwulstartiger Tuberkulose. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 15.
41. Kubig, G., Über Volvulus der Gallenblase. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37. (Sektionsfall, 73jähriger Mann.)
42. *Kunika, S., Die Entstehung der Gallensteine in ihrer klinischen Beziehung. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 79. Heft 3. p. 597.
43. Lameris, H. J., Hepato-cholangio-enterostomie. Zentralbl. f. Chir. Nr. 49. p. 1665. (Bei totalem Defekt der Hauptgallengänge können sich an der künstlich hergestellten Leberdarmverbindung neue Gallengänge bilden.)
44. Leriche, F., et G. Cotte, De la cholecystectomie à chaud dans les cholécystites aigues calculeuses. Revue de chir. 32 Année. Nr. 12. (Empfehlen Frühoperation in Form der Zystektomie.)
45. Licini, C., Zystische Entartung der Gallenblase und primäres Adenokarzinom des Ductus cysticus. Zur Frage der Epithelveränderung. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 76. Heft 3. p. 770. 1911.
46. *Lotheisen, G., Über Lebertuberkulose und deren chirurgische Behandlung. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 31.
47. Malow, T. J., Ein Fall von angeborener unregelmässiger Lage des sichelförmigen und runden Leberbandes. Russki Wratsch. Nr. 30. (Die dauerndes Erbrechen zur Folge hatte und im Alter von 25 Jahren operativ beseitigt wurde.)
48. Mayesima, J., Zur Kasuistik der primären zystischen Erweiterung des Ductus choledochus. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 119. p. 338.
49. Meyer, W., Subcutaneous injection of normal human blood serum to prevent and overcome postoperative hemorrhage in patient with chronic jaudice. Transact. of the Amer. surg. Assoc. Vol. 29. 1911. (100—150 ccm in Gaben von 15—30 ccm subkutan in 1—2 Tagen mit vorzüglichem Erfolg.)

50. *Mc. Millan, J., A case of typhoid fever complicated with cholecystitis. Brit. med. Journ. Jan. 20.
51. Munk, F., Ein Fall von echter Leberzyste mit operativer Heilung. Berl. klin. Wochenschrift Nr. 46.
52. Neugebauer, F., Ein primärer Leberstein. Zentralbl. f. Chir. Nr. 13. p. 420.
53. *Perthes, Zur Schnittführung bei Operationen an den Gallenwegen. Zentralbl. f. Chir. Nr. 37. p. 1252. (Längsschnitt, Schwertfortsatz bis oberhalb des Nabels, biegt oberhalb des Nabels nach rechts um und durchtrennt als Horizontalschnitt den Rektus und zwar die hintere Rektusscheide etwas höher als die oberflächlichen Schichten.)
54. *Petit, J., Des plaies opératoires de la veine cave inferieure. Inaug.-Diss. Paris, G. Steinheil.
55. *Philipowicz, J., Ein Fall von 38jähriger Typhusbazillenbeherbergung. Wiener klin. Wochenschr. 1911. Nr. 52. (Gelegentlich eines Cholelithiasisoperationsfalles in der Eiselsbergschen Klinik nachgewiesen.)
56. *Pribram, E. E., Über Cholecystitis und Dauerausscheider und den heutigen Stand der Therapie. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 36.
57. *Riedel, Der Gallenstein in keimfreier Gallenblase. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 1. p. 8.
58. *— Die Indikationen für die Hepatikusdrainage. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 4. p. 2512.
59. *— Partielle oder totale Zerstörung von Ductus cysticus und choledochus durch Stein. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 43 u. 44. p. 2322 u. 2403.
60. *— Die Infektion der Bauchhöhle per diapedesin von der Gallenblase aus. Wiener med. Wochenschr. Nr. 4.
61. *Rosenstein, P., Über die Behandlung der Leberzirrhose durch Anlegung einer Eckschen Fistel. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Chir. Bd. 41. II. 232.
62. *Rossini, Colecistostomia da colecistite post-tifosa. Rivista ospedaliera. Vol. 2. Nr. 5. Roma. Marzo 1.
63. *Rotter, Bemerkungen zu der Kritik, welche Herr Kehr an der Methode des primären Verschlusses der Bauchhöhle bei einfacher Cholezystektomie geübt hat. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 35.
64. *Santini, C., Sulle ferite della superficie convessa del fegato e della volta diaframmatica destra. Clin. chir. Nr. 10.
65. Scheidler, F., Zur Cholangiozystenteroanastomose. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 77. Heft 2. p. 558. (Mittelst Murphyknopf mit günstigem Verlauf.)
66. *Sick, P., Zur Schnittführung und Technik bei Operationen an den Gallenwegen. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 76. Heft 1. (Tritt für Kochers Schrägschnitt ein, den er weniger steil verlaufen lässt, gegen Kauschs Schnitt, der von oben aussen nach innen unten geht.)
67. *Sprengel, Erwiderung auf den Artikel von Kehr: „Über den Bauchdeckenschnitt, die Bauchnaht und die Tamponade bei Gallensteinoperationen.“ v. Langenbecks Arch. Bd. 97. Heft 3.
68. Steinthal, Über Icterus gravis und Anurie. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 76. Heft 3. (Bei Icterus gravis und der damit stets verbundenen Leberinsuffizienz kann sich auch ohne Narkose rasch eine tödliche Anurie entwickeln.)
69. Stuckey, L., Über Verwendung der freien Netzverpflanzung als blutstillendes Mittel bei der Gallenblasenexstirpation. v. Langenbecks Arch. Bd. 99. Heft 2. (Mit vorzüglichem Erfolg. Siehe auch Hesse unter „Netz, Mesenterium“, cf. 9.)
70. — Über einen Choledochusstein von seltener Grösse. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 117. p. 399. (10 cm lang und 7—8 cm breit, Gewicht 153 g, tödlicher Ausgang.)
71. Sullivan, Reconstruction of the bile-ducts. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 58. Nr. 26. (Ersatz des Choledochus durch Gummidrain, Lichtung nicht kleiner als 1/4 Zoll: beiderseits mit nicht resorbierbarem Nahtmaterial fest einnähen!)
72. Summers, Some modifications of technique in the surgery of the gall-bladder and bile ducts. Transact. of the Amer. surg. med. Vol. 29. 1911.
73. *Sven, Johansson, Contribution à l'étude de la périhépatite bilieuse avec épanchement biliaire dans la péritonite sans perforation de l'appareil biliaire. Revue de chir. 32 Année. Nr. 12.
74. *Thöle, F., Die Verletzungen der Leber und der Gallenwege. Neue Deutsche Chir. Bd. 4. Stuttgart, F. Enke. 204 S.
75. Tietze, A., Zum Gallensteinileus. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 53.

76. Tooth, H., A case of complete obstructive jaundice in a child. St. Bartholomews hospital reports. Vol. 47. (Durch Cholezystoduodenostomie geheilt.)
77. Tuffier, Kyste non parasitaire du foie (angiome bilaire). Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. Tome 38. Nr. 34. p. 1252.
78. *Umber, F., Differentialdiagnose und Komplikationen der Cholelithiasis. Med. Klinik. p. 1055.
79. *Urban, Über Talmasche Operationen. Wiener med. Wochenschr. Nr. 4 u. 5.
80. *Van der Veer, Talma operation for cirrhosis of the liver. Surg., Gyn. and Obst. XV. 3.
81. *Voelcker, F., Diagnose und Therapie des einheimischen Leberabszesses. Fortschr. d. Med. Nr. 37.
82. Walton, A., Congenital malposition of the gall-bladder. Lancet. April 6. (Unter dem linken Leberlappen; nur drei Fälle in der Literatur; wäre von den gebräuchlichen Leberschnitten aus nichts zu finden gewesen.)
83. Werelius, Hepatoptosis and hepatopexie. Journ. of the Amer. med. assoc. Vol. 58. Nr. 9. (Ein eigener Fall, Übersicht über die Literatur.)
84. *Wiesel, J., R. Kolisch und J. Schnitzler, Drei Vorträge über Cholelithiasis. 71 S. Wien, Moritz Perles.
85. Wiewiorowski, Operativ geheilter Fall von isolierter Schussverletzung der Gallenblase. Deutsche militärärztl. Zeitschr. Heft 15. p. 593.
86. Wilms, Bildung eines künstlichen Choledochus durch ein einfaches Drainrohr. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 12. (Siehe Brandt.)
87. *Mc Williams, Acute spontaneous perforation of the biliary system into the free peritoneal cavity. Annals of surg. Febr. (108 Fälle, darunter sechs eigene.)
88. Williams, Transduodenal choledochotomy for stone in the ampulla of Vater. Annals of surg. Oct.
89. Winternitz, Primary carcinoma of the liver. Bull. of the Johns Hopkins hospital. June. (Sechs eigene Sektionsfälle.)
90. *Wolff, F., Beitrag zur galligen Peritonitis ohne Perforation der Gallenwege. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 50.
91. *Worms et Hamant, Contribution à l'étude du traitement opératoire des cholécystites aigues, survenant au cours ou dans la convalescence de la fièvre typhoide. Arch. génér. de chir. VI. 2.

Über die Verletzungen der Leber und Gallenwege liegt als vierte Lieferung der Neuen deutschen Chirurgie „Thöle's (74) umfassende Bearbeitung vor: I. Abschnitt." Stichverletzungen (Sterblichkeit früher 64,5 %, jetzt 24,6), Schussverletzungen (Sterblichkeit früher 55, jetzt 44 %); Leberrupturen (Sterblichkeit früher 85,7 %, jetzt 61,5 %); II. Abschn. Operative Behandlung der Leberverletzungen; III. Abschn. Verletzungen der Gallenblase und extrahepatischen Gallenwege. In italienischer Sprache steht dem Thöleschen Werk die noch ausführlichere Monographie von Amante (2) gegenüber.

Finsterers (21 und 22) Beobachtungen und experimentelle Arbeiten bewegen sich besonders im Sinne der Erklärung der Bradykardie bei Leberverletzungen, die auf die schnelle Resorption von Gallenbestandteilen bei Leberverletzungen zurückgeführt wird. Wenn klinische Zeichen für einen Leberriss oder für innere Blutung vorhanden sind, darf die Bradykardie nicht als Gegenindikation gegen die Laparotomie aufgefasst werden. Schnittführung und Lebernahtverfahren werden einer Prüfung unterworfen. Santini (64) will bei Verletzungen der Leberkonvexität den thorako-diaphragmatischen Weg durch einen T-Schnitt unter dem Proc. xiphoideus ersetzen.

Über den einheimischen Leberabszess bringt Voelcker (81) eine grössere Zusammenstellung; über die Lebertuberkulose Lotheisen (46) eine Zusammenstellung und F. Krause (40) eine kasuistische Mitteilung unter besonderer Berücksichtigung der operativen Technik.

Beim Leberechinococcus bietet nach Borszéky (8) nur die gänzliche Ausschälung der Bindegewebskapsel der Mutterblase genügende Sicherheit. Sie ist jedoch mit gewaltigem Blutverlust verbunden. Zur Einschränkung dieses Blutverlustes empfiehlt es sich, vor Beginn des Eingriffes an der Leber das Lig. hepatoduodenale mit einer weichen Zange abzuklemmen. Von der Ungefährlichkeit des Verfahrens überzeugen Tierversuche und viermalige Erprobung am Menschen mit bestem Erfolg.

Urban (79) teilt Untersuchungen über die Talmasche Operation auf Grund von 13 einschlägigen Fällen mit. Am besten eignen sich primäre Leberzirrhosen, solange sie

noch im hypertrophischen Stadium sind. Die subseröse Verlagerung des Netzes ist vorzuziehen. Durch stumpfe Ablösung der Serosa wird eine handtellergrosse Tasche gebildet, in der das durch Abreiben mit trockenen Tupfern seines epithelialen Überzuges beraubte Netz eingenäht wird. Bei der Wirkungslosigkeit interner Mittel bedeutet die Talmasche Operation einen grossen Fortschritt. Sie ist besonders bei früher Anwendung wirksam, solange kein Aszites vorhanden ist oder, wenn er nach der ersten Punktion sich wieder einstellt oder Blutungen im Pfortadergebiet auftreten. Auch van der Veer (80) berichtet besonders in Frühfällen von recht günstiger Wirkung der Talmaschen Operation. Sogar verzweifelte Fälle können wesentlich gebessert oder völlig geheilt werden. Am meisten eignen sich syphilitische und Alkoholzirrhose.

Bernheim und Voegtlin (5) beantworten die Frage, ob eine Ecksche Fistel (Anastomose der Vena cava mit der Vena portarum) sich mit dem Leben verträgt, auf Grund von Hundeversuchen bejahend, während Rosenstein (61) den ersten mit Glück operierten Fall, eine 60jährige Kranke, vorstellt. Allerdings liess sich ein Erfolg der Eckschen Fistel noch nicht feststellen.

Bei der hohen Sterblichkeit akuter typhöser Cholecystitis und der grossen Rolle, welche Dauerausscheider für die Verbreitung ansteckender Krankheiten, besonders des Typhus, spielen, wenden sich der typhösen Cholecystitis mehrfach die Arbeiten des Berichtsjahres zu. Rossini (62) beschreibt zwei Fälle, bei denen nach Entfieberung im Anschluss an einen Typhus plötzlich unter Fieber Entzündung und Vergrösserung der Gallenblase auftrat. Beide Male wurde mit Erfolg die Zystotomie ausgeführt. Es fanden sich neben Schleim und Eiter Typhusbazillen. Einen ähnlichen Befund erhob Mc Millan (50) bei einer 23jährigen Frau acht Wochen nach Beginn eines Typhus. Worms und Hamant (91) raten in Anbetracht der hohen Mortalität bei abwartender Behandlung der typhösen Cholecystitis zu möglichst frühzeitiger Operation. Philipowicz (55) fand gelegentlich einer Steinoperation noch 38 Jahre nach einem Typhus die Erreger dieser Krankheit in der Gallenblase. Pribram (56) beschäftigt sich mit der Frage der Beseitigung der Dauerausscheidung. Medikamentöses und immunisierendes Vorgehen hat sich im allgemeinen als nutzlos erwiesen. Pribram teilt einen Fall mit, bei dem auch nach Entfernung der Gallenblase noch andauernd pathogene Bakterien im Stuhl ausgeschieden wurden und spricht der Zystektomie ohne klinische Indikation die Berechtigung ab.

Über die Gallensteinkrankheit liegt die umfassende Monographie von Grube und Graff (28) vor, die vom Standpunkt des Innern und des Chirurgen das ganze Gebiet auf 172 Seiten bearbeiten und die weniger umfangreiche von Wiesel, Kolisch und Schnitzler (84), die sich in die Darstellung der Pathologie und Klinik der Gallensteinkrankheit, der inneren und physikalischen Behandlung und endlich der chirurgischen Behandlung teilen.

Nach Kunika (42) sind radiäre Cholesterinsteine, die nur durch Gallenstauung in der Blase entstehen, harmlose Bewohner der Gallenblase. Nur selten kommen sie mit klinischen Erscheinungen in die Hände der Chirurgen, nämlich wenn eine primäre Entzündung in der steinhaltigen Blase eintritt. Ihre klinische Bedeutung ist also gering. — Nach Riedel (59) werden sie nicht selten zum Verschlussstein und damit zur Ursache der Infektion. — Kombinationssteine, die durch eine Infektion der Cholesterinsteine enthaltende Gallenblase entstehen, kommen häufig in chirurgische Behandlung. Weit häufiger noch werden Cholesterin-Pigment-Kalksteine, die immer einer chronischen Entzündung ihre Entstehung verdanken, bei der Operation gefunden. Hofbauer (30) baut auf unsere Kenntnisse über die Entstehung der Gallensteine sein Verfahren der Prophylaxe und Nachkur intern oder chirurgisch beseitigter Gallensteine auf. Die einzig sichergestellte Ursache für die Entstehung der Gallensteine ist die Stauung der Galle. Zur Vermeidung der Stauung müssen die die Galle fortbewegenden Kräfte gesteigert werden. Das sucht er zu erreichen durch seine „Automassage" der Leber, nämlich durch Atemübungen, die durch Heranziehung der Bauchmuskulatur zur Verstärkung der Ausatmung die Baucheingeweide höher hinauf gegen das Zwerchfell drücken.

Wertvolle Beiträge über die Diagnose, Pathologie und Therapie der Gallensteine bringen Riedel (57, 58, 59, 60), der stets wieder für die rechtzeitige, d. h. für frühzeitige Operation wirbt, Brüning (9) aus der Giessener Klinik, ebenfalls Anhänger früher Operation, Baron (3) aus der Budapester Klinik, v. Adlor (1), Umber (78) und Davis (14), der 234 Fälle zum Teil jahrelang nach der Operation verfolgen konnte und nur bei 6 % keine völlige Erleichterung fand. Fast überall erfreuen sich die Aschoff-Bacmeisterschen Lehren allgemeiner Anerkennung. Brüning (9) erkennt im Gegensatz zu Aschoff eine abakterielle Entstehung des Cholestearinsteines nicht an. Kehr (35) teilt seine Indikationen

für die innere und chirurgische Behandlung nochmals mit, und Exner (18) bringt auf Grund der Erfahrungen der letzten Jahre ein kritisches Sammelreferat über die Indikationsstellung und die Erfolge chirurgischer Behandlung bei Cholelithiasis. Die zahlreichen und schönen Arbeiten aus den Einzelgebieten der Chirurgie der Gallengänge übergehe ich hier.

Eine lebhafte Aussprache fand über den zweckmässigsten Bauchschnitt bei Operationen an den Gallenwegen statt, die vor allem Dank der Arbeiten Sprengels (67 und frühere Arbeiten) immer mehr zur Anerkennung der Vorteile führte, welche die quere Durchtrennung des M. rectus vor den Längsschnitten im Rektus oder am äusseren Rektusrand bietet [Sprengel (67), Körte (39), Perthes (53), König (38), Kehr (36), Sick (66), auch Riedel (59), von ausländischen Autoren Gosset (27)].

Beachtenswert sind die Bemühungen Rotters (63) und seines Schülers Goldmanns (26), die Bauchdeckentamponade nach Gallensteinoperationen einzuschränken. Sie verzichten auf jede Tamponade, wenn 1. jeder Peritonealdefekt gedeckt ist, 2. keine gangränösen oder eitrig infiltrierten Stellen zurückbleiben, 3. jede Blutung steht, 4. das Gallenblasenlager so versorgt ist, dass aus ihm keine Sekretion in die freie Bauchhöhle stattfindet, 5. der Cystikusstumpf über alle Zufälligkeiten sicher verschlossen ist. Rotter und seine Schule erfährt dabei allerdings den lebhaften Widerspruch Kehrs (36).

Die Prognose der operativen Verletzungen der Vena cava ist nach Petit (54) besser, als zu erwarten; 66 % Heilungen! Die seitliche Naht ist das beste Verfahren. Sie ergibt 90 % Heilerfolge; sie muss bei den seltenen Verletzungen oberhalb der Einmündung der Vena renalis stets versucht werden.

Riedel (60), Doberauer (16), Sven Johansson (73) und Wolff (90) bringen neue Beobachtungen zur galligen Peritonitis ohne Perforation der Gallenwege, die nach Riedel als nicht besonders selten angesehen werden muss.

Mc Williams (87) stellt als Ursache der Spontanruptur der Gallenblase frei in die Bauchhöhle fest: 1. die Überdehnung, 2. Druck eines Steines auf die Wand mit Ulzeration, 3. Gangrän der Wand infolge Thrombose, diphtheroider Entzündung oder Steindruck mit Zirkulationsbehinderung. Diagnose schwierig (brettharte Spannung). Nach Durchbruch ist Verwechslung mit Appendizitis leicht möglich. Prognose ist um so schlechter, je später operiert wird. Mortalität 50 %. Bestes Verfahren Cholezystektomie mit Drainage!

F. Pankreas.

1. *Arnstein, A., Chronische Pankreatitis. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 15. p. 90—141.
2. *Assmann, Röntgenographischer Nachweis von Pankreassteinen. Fortschr. a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen. Bd. 18. Heft 4. (Auf der Platte übersehen, bei der Autopsie festgestellt und bei nachträglicher Revision der Platte gefunden.)
3. Brown, The effect of jaundice, produced by ligation of the ductus choledochus, upon the pancreatic secretion. Bull. of the John Hopkins hospital. Sept.
4. Chiarugi, M., Steatonecrosi pancreatica da pancreatite acuta traumatica. Clin. chir. Nr. 10. (Operativ geheilt, Drainage.)
5. Cohn, M., und H. Peiser, Einige Störungen der inneren Sekretion bei Pankreaserkrankungen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 2. (Bei akuten und chronischen Pankreaserkrankungen wurde Exophthalmus, Graefesches Phänomen, Möbius' und Stellwag'sches Zeichen und Tremor beobachtet.)
6. *Decker, C., Über Pankreaszysten. Med. Klinik. p. 1827. (Drei Fälle.)
7. Dreesmann, Über Pankreatitis und Unfall. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. Nr. 5. p. 140. (Die Entstehung akuter und in seltenen Fällen auch primär chronischer Pankreatitis durch Unfall ist nicht zweifelhaft.)
8. *Fáykiss, F., Über akute Pankreasnekrose. Budapesti Orvosi Ujság. Nr. 33. (Ungar.)
9. — Experimentelle Beiträge zur Pankreasresektion und Pankreatoenterostomie. Orvosi Hetilap. Nr. 49. (Ungarisch.) (Empfiehlt auf Grund von Experimenten am Hund in Fällen, in denen ein Teil des Pankreas geopfert werden muss, die laterale Einpflanzung des Pankreasstumpfes in den Darm.)
10. Francisco, G. de, Un caso di doppia cisti del pancreas. Estirpazione totale delle due cisti mediante resezione del pancreas. Guarigione. Rif. med. XXVIII. 8.
11. *Friedmann, A case of chronic pancreatitis with polycythemia (clinical diagnosis pancreatis lithiasis.) Med. record. Nov. 23. Nr. 21.

12. *Guleke, Über Diagnose und Therapie der chronischen Pankreatitis. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Chir. Bd. 41. II. 310.
12a. *Gulecke, Die neueren Ergebnisse in der Lehre der akuten und chronischen Erkrankungen des Pankreas mit besonderer Berücksichtigung der entzündlichen Veränderungen. Ergebn. d. Chir. u. Orthop. Bd. IV. S. 408. (Umfassende Arbeit, Literatur.)
13. *Hanser, R., Über Echinokokken des Pankreas. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 77. Heft 2. (Entdeckt bei der Sektion, stammt aus Rostock. Literatur.)
14. Hellwig, Zur Kenntnis der akuten hämorrhagischen Pankreatitis. Med. Klinik. p. 2102. (Zwei Fälle, fettleibige Frauen mit Gallensteinen, beide gestorben.)
15. Hotchkiss, Acute pancreatitis with very extensive fat necrosis. Annals of surg. July. Amer. surg. assoc. number. (Ein Fall, geheilt nach dreimaliger Operation.)
16. *Körte, Surgical treatment of acute pancreatitis. Annals of surg. Jan. (Vortrag auf dem internat. Chir.-Kongr. in Brüssel. Auch Bericht über das Jahr 1911.)
17. *Luxembourg, H., Über Pankreasschussverletzungen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 117. p. 284. (Literatur.)
18. Maragliano, D., Le cause della morte per necrosi pancreatica. Policlin. Sez. chir. XIX. 2. (Kombination der Pankreasautolyse mit einem freien Fett.)
19. *Mettin, W., Zur chirurgischen Behandlung der akuten Pankreatitis. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 115. p. 281.
20. Le Moniet, Un cas de kyste pancréatique. Arch. génér. de chir. VI. 1. (Operativ geheilt.)
21. *Müller, Pankreasechinococcus. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Chir. Bd. 41. I. 207.
22. Muroya, S., Über die Fremdkörpertuberkel des Pankreas, verursacht durch eingewanderte Askariseier. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 119. p. 21. (Mit den Erscheinungen chronischer Pankreatitis, operativ geheilt.)
23. *Noguchi, Y., Über die Fermentdiagnose bei Pankreasverletzung. v. Langenbecks Arch. Bd. 98. Heft 2.
24. Oehler, J., Über einen geheilten Fall von Pankreasnekrose. Zugleich ein Beitrag zur Frage des Pankreasdiabetes. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 77. Heft 2. (Bei der Operation erkannt; der schwere, allen Mitteln trotzende Diabetes heilte, als sich die Pankreasfistel schloss und der Pankreassaft in den Darm abfloss.)
25. Petraschewskaja, Ein Fall von falscher traumatischer Pankreaszyste. Russki Wratsch. Nr. 19. (Durch Tamponade geheilt.)
26. *Pfrörringer, Ein Fall von Pankreasstein. Fortschr. a. d. Gebiete der Röntgenstr. Bd. 19. Heft 1. (Schatten im Röntgenbild, für Nierenstein gehalten, Operation, Tod an Nachblutung.)
27. Piwowarow, G. K., Ein Fall von Pankreaszyste mit Pankreasnekrose. Russki Wratsch. Nr. 14. (Durch Tamponade geheilt.)
28. *Polya, Über die Pathogenese der akuten Pankreaserkrankungen. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 24. Heft 1. p. 1.
29. Pratt, The internal function of the pancreas. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 59. Nr. 5.
30. *Richardson, Surgical diseases of the pancreas. Surg., Gyn. and Obst. XIV. 5.
31. *Schlesinger, E., Ein Beitrag zur Bewertung der Röntgenuntersuchung bei der Diagnose von Pankreaszysten. Med. Klinik. p. 1027.
32. *Wohlgemuth und Noguchi, Experimentelle Beiträge zur Diagnostik der subkutanen Pankreasverletzungen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 23.

Eine vorzügliche Übersicht über den Stand der Lehre von den Pankreaserkrankungen gibt Gulecke (12a).

Noguchi (23) fand bei schweren Pankreasverletzungen im Hundeexperiment Zunahme der Diastase im Urin und glaubt daraus diagnostische Schlüsse ziehen zu dürfen. Wohlgemut und Noguchi (23) beschreiben das Untersuchungsverfahren auf Diastase und schliessen: In allen Fällen, in denen man nach einem Stoss gegen den Leib eine die Norm bedeutend überschreitende Zunahme der Diastase im Blut und Urin feststellt, kann man sicher sein, dass das Pankreas verletzt ist. Luxemburg (17) bringt eine Übersicht über die Pankreasschussverletzungen der Literatur mit zwei eigenen Beobachtungen (Abteilung Bardenheuer). Von 31 Pankreasschüssen wurden 7 nicht operiert; sie starben sämtlich; 24 wurden operiert; 11 davon genasen.

Polya (28) machte umfangreiche Versuche über die Pathogenese der akuten Pankreaserkrankungen und findet, dass der Pankreaszerfall bei den akuten Pankreaserkrankungen durch die Selbstverdauung der Drüse hervorgerufen wird, diese aber zumeist durch aktivierende Bakterien eingeleitet wird.

Alle Autoren stimmen in der Würdigung der diagnostischen Schwierigkeiten akuter Pankreaserkrankungen überein, die brettharte Spannung des Epigastriums ist das wesentlichste Zeichen. Nur frühzeitige Eröffnung und Austastung des Bauches kann zur sicheren Diagnose führen [Körte (16), Mettin (19), Fáykiss (8), Richardson (30)].

Körte (16) und Mettin (19) stellen die eitrigen und hämorrhagischen Formen der akuten Pankreasentzündung den nekrotischen gegenüber. Nach Körte ist die Prognose am besten, wenn im akuten Stadium operiert wird; da dies indes zuweilen schon nach drei bis vier Tagen in das nekrotische übergeht, kann nicht früh genug operiert werden. Die Prognose ist nach Mettin bei den ganz akuten mit schweren Kollapserscheinungen einsetzenden Fällen äusserst ungünstig. Beide bringen Statistiken, aus denen hervorgeht, dass rund zwei Drittel der Operierten zugrunde gehen. In rund der Hälfte der Fälle liegen Komplikationen von seiten des Gallensystems vor.

Eine Übersicht über das ganze Gebiet der chronischen Pankreatitis bringt Arnstein (1). Die Diagnose ist äusserst schwer, häufig unmöglich. Hervorstechende Züge: Verdauungsstörungen, Abmagerung, Schmerzen im Oberbauch, tiefer Druckschmerz daselbst, Anämie, tastbare, dem Pankreas entsprechende Geschwulst. Gulecke (12) konnte unter acht Fällen fünfmal die Diagnose vor der Operation stellen. Die chronische Pankreatitis ist wesentlich häufiger, als bisher angenommen wurde. Die bisher meist geübte mittelbare Behandlung durch Drainage der Gallenwege oder Gastroenterostomie bringt nur die leichteren Fälle zur Heilung. Für die schwereren, durch die eben erwähnten Verfahren nicht geheilten ist Spaltung der Pankreaskapsel und Einschnitt in das sklerotische Drüsengebiet notwendig.

Pankreassteine sind auf der Röntgenplatte sichtbar; hoher Kalkgehalt! Assmann (2), Friedmann (11), Pförringer (26).

Auch zur Diagnose der Pankreaszysten kann das Röntgenbild beitragen [Decker (6), Schlesinger (31)].

Einen Sektionsfall des recht seltenen Pankreasechinococcus teilt Hanser (13) aus dem klassischen Echinokokkenlande Mecklenburg (Rostock, Klinik Müller) mit. Müller (21) beschreibt dazu das Präparat.

G. Milz.

1. Banti, G., La splénomégalie hémolytique. Semaine méd. Nr. 23.
2. *Buzzi, Splenectomia in un caso di Banti. Rivista ospedaliera. Roma. 15. Dic. Vol. 2. Nr. 24.
3. Charrier et Bardon, Splénectomie pour déchirure de la rate. Arch. prov. de chir. Nr. 11. Nov. (Geheilt durch Splenektomie 16—17 Stunden nach dem Unfall.)
4. Chutro, Pedro, Quiste hidático del bazo, neumatosis, esplenectomia. Revista de la soc. méd. Argentina. Bd. 20. p. 307. (Führt nach mehrfachen Ausschälungen der Zyste zur Milzexstirpation. Heilung.)
5. Council, Primary sarcoma of the spleen. Annals of surg. Dec. (Fast die ganze Milz in ein gemischtzelliges Sarkom umgewandelt, durch Exstirpation geheilt.)
6. Klemperer und Mühsam, Anaemia splenica, geheilt durch Milzexstirpation. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 22.
7. *Melchior, Die Spontanruptur der Milz im Verlaufe und Gefolge des Typhus abdominalis. Kritisches Sammelreferat. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 1. p. 801. 1911.
8. *Melikjan, Über die Bantische Krankheit. Wiener klin. Rundschau. Nr. 33.
9. *Müller, A., Ein Fall von Stieldrehung der Wandermilz mit paraslenischem Hämatom. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 119. p. 189.
10. *Nast-Kolb, A., Zur Kenntnis der Spätblutungen bei traumatischer Zerreissung der normalen Milz. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 77. Heft 2. p. 503.
11. *Noguchi, Über die Exstirpation der normalen Milz beim Menschen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 39.

12. *Strauss, S., Zur Kasuistik posttraumatischer isolierter Spätrupturen der Milz. Med. Klinik. p. 904.
13. Strukow, A. A., und W. N. Rosanow, Über Milzechinococcus. Russki Wratsch. Nr. 35. (Durch Splenektomie geheilt.)
14. Suchanek, E., Ein Beitrag zur Kasuistik der Milzzysten. v. Langenbecks Arch. Bd. 98. Heft 1. (12jähriger Knabe, bei dem die Geschwulst nach einer Maserninfektion zuerst aufgetreten war.)
15. *Sven, Johansson, Contribution à l'étude des ruptures spontanées de la rate. Revue de chir. 32 Année. Nr. 7.
16. Villard, E., und J. Murard, Anévrysme de l'artére splénique. Arch. génér. de chir. VI. 7. (Diagnose wurde bei der Autopsie des operierten Kranken gestellt.)
17. *Wolff, F., Beitrag zur Milzexstirpation. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 33.

Über die Spontanruptur der Milz bei Typhus bringt Melchior (7) eine Zusammenstellung. Das Leiden ist selten, bedarf aber der Beachtung, weil richtiges chirurgisches Handeln lebensrettend wirken kann. Zum Zustandekommen der Ruptur wird eine geringfügige Gelegenheitsursache und eine durch Grössenzunahme und Konsistenzverminderung geschaffene Disposition der Milz angenommen. Die Erscheinungen entsprechen denen der traumatischen Ruptur; doch fehlt in der Regel der primäre Schock. Die Behandlung kann nur in möglichst schleuniger Exstirpation bestehen. Auch Sven Johansson (15) empfiehlt bei der Spontanruptur die sofortige Exstirpation. Der Riss ist oft nur klein. Nicht selten erfolgt die Blutung zunächst in das Milzgewebe. Später reisst die Kapsel und die Blutung tritt von neuem auf. Bei der Malariamilz sollte wegen der Gefahr der Ruptur die Indikation zur Exstirpation erweitert werden. Bei der Infektionsmilz wird durch die Exstirpation ein Bakteriendepôt beseitigt.

Nast-Kolb (10) und Strauss (12) berichten über Spätblutungen bei Milzrissen, im ersten Fall am vierten Tage, der zweite am 16.—17. Tage. Bei dem ersten waren die Risse durch Netz, bei dem zweiten durch Blutgerinnsel tamponiert gewesen.

Nach Noguchi (11) sind die Folgeerscheinungen nach der Exstirpation der gesunden Milz so gering, dass die Milz unbedenklich geopfert werden darf. Der Ausfall an neutrophilen Zellen nach der Milzexstirpation wird im ersten Jahr hauptsächlich durch Lymphozyten und zum kleinen Teil durch Eosinophile ersetzt, später nimmt die Zahl der Eosinophilen auf Kosten der Lymphozyten zu. Bis das normale Verhältnis der Zellenzahlen hergestellt ist, vergehen 5—6 Jahre. Wolff (17) fand nach Milzexstirpation wegen Stichverletzung die Lymphozyten auf 32,7 % und die Eosinophilen auf 7 % vermehrt.

Über einen Fall von Stieldrehung bei Wandermilz teilt Müller (9) mit, dass zunächst die Diagnose auf Stieldrehung einer Eierstockgeschwulst gestellt war. Erscheinungen: Leibschmerzen, Stuhlverhaltung, Erbrechen; fast pulslos eingeliefert. Durch Milzexstirpation geheilt. Die Stieldrehung wird mit der grossen Zahl der durchgemachten Schwangerschaften (sieben Geburten, drei Aborte) in Zusammenhang gebracht.

Die Bantische Krankheit wird nach Melikjan (8) veranlasst durch schädliche, wahrscheinlich infektiöse Stoffe, die aus dem Darmkanal in den Kreislauf gelangen. Die Milzschwellung ist die Folge einer vasomotorischen Parese, für die eine unmittelbare Einwirkung der Toxine auf die Nervenendigungen in der Milz ursächlich ist. Die Milzveränderungen veranlassen eine Stauung im Pfortaderkreislauf, der die Leberzirrhose folgt. Frühzeitige Splenektomie ist die beste Behandlung. Mortalität rund 20 %. Während ein von Melikjan mitgeteilter Fall starb, kam der Fall Buzzi (2), der durch Gallensteine kompliziert war, nach operativer Entfernung erst der Gallensteine und später der Milz zur Genesung.

H. Anus und Rektum.

1. Albu, A., Benigne und maligne Polypen der Flexura sigmoidea und der Ampulla recti. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 39. (Werden seit Einführung der Rekto-Romanoskopie viel häufiger gefunden als früher. Umwandlung zur Bösartigkeit kommt vor.)
2. *Aldor, L. v., Technik und Indikationen der Rekto-Romanoskopie und der endoskopischen Behandlung. Med. Klinik. p. 98.
2a. Bauer, Der heutige Stand der Behandlung des Rektalprolapses. Ergebn. d. Chir. u. Orthop. Bd. IV. S. 573. (Literatur.)

3. *Bayer, C., Eine einfache Hämorrhoidenoperation. Zentralbl. f. Chir. Nr. 52. p. 1781.
4. — Anusplastik nach Exstirpatio recti. Zentralbl. f. Chir. Nr. 7. p. 215. (Der Grund für die mangelhafte Funktion des künstlichen Anus ist darin zu suchen, dass der neuen Öffnung eine zirkuläre Hautumsäumung fehlt; diese Umsäumung wird vom Verf. durch ein plastisches Verfahren erzielt.)
5. Bendaude, R., L'endoscopie recto-colique, rectoscopie, sigmoidoscopie. Presse méd. Nr. 31.
6. *Boas, J., Über die extraanale (unblutige) Behandlung der Hämorrhoiden. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 5. p. 233.
7. *Discussion on the surgical treatment of rectal cancer. Brit. med. Journ. Oct. 5. (Ausführliches Referat siehe Zentralbl. f. Chir. p. 576.)
8. *Florowski, W. W., Zur Frage von der Behandlung grosser Mastdarmvorfälle. Prakt. Wratsch. Nr. 47 u. 48.
9. *Goepel, Die kombinierte Methode der Exstirpation des Mastdarmkarzinoms mit präventiver peritonealer Abdeckung. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Chir. Bd. 41. II. p. 45.
10. *Graeme Anderson, H., Solid carbon dioxide in the treatment of haemorrhoide. Brit. med. Journ. Jan. 20.
11. *Heile, Über Behandlung des Mastdarmvorfalls. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 13.
12. *Henschen, C., Über den Ersatz des Thierschschen Drahtringes bei der Operation des Mastdarmvorfalls durch geflochtene Seidenriemen, frei überpflanzte Gefäss-, Sehnen-. Periost- oder Faszienstücke. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 3. p. 128.
13. *Herz, P., Prolapsus ani et recti. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 14.
14. *Jianu, Amza, Intraabdominelle Myorrhaphie der Heber des Afters beim Verfall des Mastdarms. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 118. p. 592. (Sechs Abbildungen.)
15. Kelsey, Local anaesthesia in operations on the rectum. Med. record. New York. Dec. 14. Nr. 24. (Viele technische Einzelheiten; bei Dehnung des Sphincter ani versagt jede Lokalanästhesie; für Hämorrhoiden wird Galvanopunktur empfohlen.)
16. *Kofmann, Über die extraanale (unblutige) Behandlung der Hämorrhoiden. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 16. p. 872.
17. Lenhossék, M. v., Zur Ätiologie und Prophylaxis der Hämorrhoiden. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 22.
18. *Lenormant, L. Ch., Note sur onze cas de prolapsus du rectum traités chirurgicalement. Presse méd. Nr. 37.
19. Mac Kenzie, Surgical treatment of fistula in ano without mutilation of the sphincter. Transact. of the Amer. surg. Assoc. Vol. 29. 1911. (Exstirpation der ganzen Fistel mit ihrer Schleimhautmündung von einem Schnitt neben dem After aus. Diskussion.)
20. Martin, C. F., Observations upon the relationship of tuberculosis to perirectal suppurations. Pacific med. Journ. Sept. (Unter 376 Fällen von perirektalen Eiterungen in 61 % gleichzeitig Tuberkulose; örtlicher Befund meist nicht für Tuberkulose charakteristisch.)
21. *Mayo, W. J., The radical operation for the relief of cancer of the rectum and rectosigmoid. Annals of surg. August. Amer. surg. assoc. number. (Umfassende Arbeit.)
22. *— Carcinomata of the gastrointestinal tract. Buffalo Med. Journ. Jan.
23. *Miles, The treatment of carcinoma of the rectum and pelvic colon. Glasgow med. Journ. Febr. (Umfassende Arbeit.)
24. *Moschcowitz, The pathogenesis anatomy and cure of prolapse of the rectum. Surg., Gyn. and Obst. XV. 1. (Umfassende Arbeit.)
25. Mummery, L., Non-malignant stricture of the rectum. Practitioner. Vol. 88. Nr. 6. June. p. 794.
26. *Newman, A., Rectal prolaps and enteroptosis. Pacific med. Journ. Sept.
27. Oldag und J. Schwalbe, Kirschkernkonvolut im Mastdarm. Deutsche med. Wochenschrift Nr. 36. (Bei einem 68jährigen Mann 428 Kerne im Mastdarm und bei einer 22jährigen Kranken 230 Kirsch- und 4 Pflaumenkerne oberhalb der Ileocökalklappe; im letzten Fall tödlicher Ausgang.)
28. Oseki, S., Polyposis intestini adenomatosa mit Carcinoma recti. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 118. p. 463. (Bei einer 31jährigen Frau, das Karzinom wird als bösartig umgewandeltes Adenom aufgefasst.)
28a. Rave, Die Behandlung des Pruritus ani mittelst Röntgenstrahlen. Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. 198. Sitzg. vom 11. Dez. 1911. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 16. (Seit dem Jahre 1908 gelang es dem Verf., 10 Kranke von diesem quälenden

Leiden zu heilen und nur ein einziger bekam nach 1½ Jahren ein Rezidiv. Die Bestrahlung musste in hartnäckigen Fällen bis zu einem Jahr fortgesetzt werden, jedoch wäre es zweckmässig, nach vierwöchentlicher Bestrahlung eine längere Zeit andauernde Pause eintreten zu lassen.)

29. *Retzlaff, Mastdarmperforation durch das Rektoskop. Aus der chir. Abteil. der Krankenanstalt Magdeburg-Sudenburg. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 29.

30. *Schmitt, A., Perforation des Mastdarms bei der Rektoskopie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 21.

31. Schreiber, J., Ein eigentümlicher Fall von Atresia ani. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 6. (Bei einem drei Monate alten Batak-Eingeborenen von Sumatra mündet der Mastdarm auf der Kuppe des Hodensacks und steht zugleich mit der Blase in Verbindung.)

32. Trinkler, Über einen Fall von angeborenen transversalen Kommissuren des Mastdarms, mit besonderer Berücksichtigung der mechanischen Theorien der Neubildungen. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 25. Heft 1. Chirurgia. Bd. 31. Jan. (Russ.)

33. Véber, K., Beitrag zur Frage der Gangrän des oralen Darmstumpfes nach Mastdarmresektion. v. Langenbecks Arch. Bd. 98. Heft 3. (Aus Rotters Klinik: Véber unterscheidet als Ursache: 1. die Unterbindung der A. haemorrhoidalis sup. am kritischen Punkte, 2. die Thrombose der Darmarterien und des Randgefässes infolge Infektion, 3. Arteriosklerose. Es kann sich zur Vermeidung der Gangrän des Darmstumpfes empfehlen, das zentrale Darmende blind zu verschliessen und die Flexura sigmoidea oder das Colon descendens oder auch das Querkolon durch die Analöffnung herabzuziehen, zu öffnen und zu fixieren.)

34. *Vidakovich, Camillo, Ein einfacher Verband zur Verhütung und Heilung des Mastdarmvorfalls der Kinder. Zentralbl. f. Chir. Nr. 41. p. 1401.

35. Vignolo, Nouveau procédé opératoire pour rétablir la continuité intestinale dans les reséctions recto-sigmoidiennes étendues. Arch. génér. de chir. 6 Juin. (Durch Bildung einer End zu End-Anastomose einer unteren Dünndarmschlinge mit dem Mastdarmstumpf im Mittel drei Wochen nach der Mastdarmexstirpation, bei der ein provisorischer Kunstafter angelegt wurde.)

36. *Yeomans, A new pneumo-electric proctoscope and sigmoidoscope. Journ. of the Amer. med. assoc. Vol. 58. Nr. 13.

Die Ursache der Entstehung von Hämorrhoiden sieht v. Lenhossék (17) in dem Zurückbleiben von Fäkalresten nach den Stuhlentleerungen in den Schleimhautfalten der Pars analis recti. Als folgerichtige Prophylaxe wird von v. Lenhossék auf dieser Entstehungstheorie die „Anikure" aufgebaut, die im wesentlichen in Spülungen nach jeder Darmentleerung mit lauwarmem Wasser besteht. Boas (6) sieht in dem Vorfall von Hämorrhoidalknoten, der bis dahin als unerwünschte Komplikation und als Grund für schleunige Reponierung betrachtet wurde, den natürlichen Weg zur Heilung der Hämorrhoiden, die tiefer und tiefer heraustreten und langsam einem Schrumpfungsprozess anheimfallen. Er erreicht einen künstlichen Prolaps der Knoten durch Anwendung Bierscher Saugnäpfe. Geeignet für sein Verfahren sind Fälle, bei denen die Knoten nicht oder nur in geringem Masse breitbasig auf der Schleimhaut aufsitzen, sondern pilzartig gestielt sind und spontan oder durch Saugen zum Prolaps gebracht werden können. Massgebend für den Erfolg der Behandlung ist ferner ein bei geeigneten Fällen etwa nach 30—60 Minuten langem Saugen auftretendes Ödem, das die Abschnürung der Knoten begünstigt. Kofmann (16) begrüsst die Idee der künstlichen Hervorrufung der Inkarzeration, sieht im übrigen in den Hämorrhoidalblutungen eine wohltuende und zweckmässige Abflussvorrichtung seitens der Natur, mittelst derer das im Pfortadersystem sich stauende Blut von Zeit zu Zeit entleert wird. Graeme Anderson (10) empfiehlt für ausgewählte Fälle von Hämorrhoiden die Behandlung mit Kohlensäureschnee. Bayer (3) gibt ein Operationsverfahren der Hämorrhoiden an, bei dem durch eine Umschnürung der Knoten nach besonderer Technik Nachblutungen, Embolien und Stenosen vermieden werden sollen.

Die zahlreichen Mitteilungen über Beseitigung des Mastdarmvorfalls zeugen von neuem dafür, dass es ein völlig befriedigendes Operationsverfahren dieses Leidens noch nicht gibt. Bauer (2a) gibt eine kritische Übersicht über das ganze Gebiet. Am meisten Beifall erfreut sich die Kolopexie (Rotter). Lenormant (18) empfiehlt sie ohne Einschränkung, während Florowski (8) sie bei Erwachsenen für die beste Methode hält, hingegen für Kinder und Greise den Thierschschen Drahtring vorzieht.

Herz (13) sieht in der Kolopexie und ähnlichen Verfahren die Normalmethode, wenn der Vorfall über 4 cm beträgt; bis zu 4 cm empfiehlt er den Drahtring, der nach einem halben Jahr wieder entfernt werden kann. Henschen (12) schlägt vor, den Thierschen Drahtring durch geflochtene Seidenriemen, frei überpflanzte Gefäss-, Sehnen-, Periost- oder Faszienstücke zu ersetzen und dadurch Schmerzen, Eiterung, Fistelbildung und Durchschneiden zu vermeiden. Moschcowitz (23) sieht in dem Prolaps eine Hernie. Sein Operationsverfahren sucht daher den Douglas als Bruchsack durch eine aus der Tiefe aufsteigende Reihe von Tabaksbeutelnähten zum Verschwinden zu bringen. Newman (26) sah von einem ähnlichen Operationsverfahren, wie es schon von Bardenheuer empfohlen wurde, neben dem Verschwinden des Prolapses auch eine Besserung der zugleich vorhandenen Enteroptose. Jianu (14) empfiehlt als Operationsverfahren eine intraabdominelle Myorrhaphie der Heber des Afters vom Medianschnitt aus. Es folgen Tabaksbeutelnähte zum Verschluss des peritonealen Blindraumes und zur Erzielung von Verwachsungen des Rektums mit dem Kolon. Ein etwas eingreifendes Verfahren zur Operation des Mastdarmvorfalls wandte Heile (11) an. Er schafft durch Querlagerung des Uterus ein der Breite des Beckenbodens entsprechendes festes Widerlager. Von der Scheide aus wird der Uterushals mit dem Mastdarm vernäht, während der Uteruskörper in eine Öffnung der vorderen Scheidenwand breit eingenäht wird. Das Verfahren schliesst die Schwangerschaft aus. Vidakovich (34) gibt einen Verband an, der nach dem Prinzip von Bauers federnder Pelotte eine Gazepelotte mittelst Heftpflasterstreifen zwischen Steissbein und After gegendrückt. Zwei Streifen, um die Oberschenkel geführt, üben bei jedem Einbiegen der Schenkel, das ja oft unwillkürlich bei Anstrengung der Bauchpresse erfolgt, einen stärkeren Druck auf die Pelotte aus.

Über den Mastdarmkrebs fand in der Brit. med. Association (7) eine grössere Diskussion statt, bei der Harrison Crips den einleitenden Vortrag hielt. Der Mastdarmkrebs kann in jedem Alter auftreten (sechs von 445 Fällen unter 30 Jahren), findet sich aber vorwiegend nach den mittleren Jahren. Er ist beim Mann doppelt so häufig, wie bei der Frau. Zwei Drittel der Fälle kommen nicht mehr operierbar zum Arzt. Operationssterblichkeit 8 %. Fast 40 % der Operierten werden dauernd geheilt. Rückfälle kommen immer innerhalb der ersten 12 Monate. Nach Mayo (22) bleiben 30 % rezidivfrei. Die Kolostomie verlängert das Leben wesentlich. Ausführliche Bearbeitungen des Mastdarmkarzinoms liegen weiterhin von Miles (22) und Mayo (21) vor. Dem ersten haben die rein perinealen Operationsverfahren fast stets Rezidive ergeben. Er hat sich völlig dem kombinierten abdomino-perinealen Vorgehen zugewandt, das auch Mayo (21) bevorzugt; nur für hochsitzende Geschwülste wendet er ein zweizeitiges Verfahren an, zunächst Kolostomie mit Darmspülungen und nach 12 Tagen Exstirpation des karzinomatösen Darmes auf sakralem Wege. Goepel (9) schlägt vor, der Exstirpation des Mastdarmkarzinoms eine präventive peritoneale Abdeckung nach dem Muster der von Mackenrodt 1901 für die abdominale Exstirpation des karzinomatösen Uterus empfohlene Methode vorausgehen zu lassen. Der anzunähende Peritoneallappen lässt sich dadurch verlängern, dass seine Abtrennung über der vorher aufgeblähten Harnblase vorgenommen wird.

v. Adlor (2) bringt unter Empfehlung seines möglichst einfach gebauten Rekto-Romanoskops Einzelanweisungen über Technik und Indikationen des Untersuchungsverfahrens. Vorbereitungen des Kranken und Schmerzbetäubung des Mastdarms erübrigen sich. Harrison Crips (7) zieht zur Diagnose des Mastdarmkrebses die Tastung dem Bilde im Rektoskop vor. Fullerton (7) betont den diagnostischen Wert des Romanoskops bei Geschwülsten, die für den Finger nicht mehr erreichbar sind. Yeomans (36) gibt ein neues Instrument mit bequemer Optik an.

Perforationen beim Gebrauch des Rektoskops scheinen mehrfach vorgekommen zu sein. Der Ausgang ist meist tödlich. Das Berichtsjahr bringt darüber zwei Mitteilungen aus Deutschland von Schmitt (30) und Retzlaff (29). Den zweiten Kranken gelang es, nach Naht des Darmrisses und Eingiessen von Kampheröl in die Bauchhöhle am Leben zu erhalten.

X.

Ligamente und Tuben.

Referent: Prof. Dr. Fromme.

a) Vordere Bauchwand, Hernien.

1. v. Bardeleben, Demonstration eines Bauchnarbenbruches nach Längsschnitt mit acht Monate schwangerer Gebärmutter als Inhalt. Ges. f. Geb. u. Gyn. in Berlin. 8. Dez. 1911. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26. p. 858.
2. Battle, Two lectures on ventral hernia. The Lancet. Oct.
3. Benelli, Ossifikation von Laparotomienarben. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 75. Heft 3.
4. Brun, Zur Technik der operativen Heilung grosser Bauchbrüche und Mastdarmprolapse. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 72. Heft 1.
4a. Chinkulow, Zur Kasuistik der Leistenbrüche beim Weibe. Wratsch. Gaz. Nr. 11. Sitzungsber. d. Ges. russ. Ärzte zu Odessa. (H. Jentter.)
5. *Felten, Über Blasenhernien. Arch. f. klin. Chir. Bd. 94. Heft 1.
6. v. Franqué, Desmoid der Bauchdecken. Med. Ges. in Giessen. 19. Dez. 1911. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 14. p. 686. (Demonstration eines sehr grossen, 12 Pfund schweren, mikroskopisch reinen Fibroms, welches sich innerhalb fünf Vierteljahren von der Rektusscheide unterhalb des Nabels entwickelt hatte. Operation mit grossem Querschnitt unter Erhaltung des vorderen Faszienblattes und eines grossen Teiles der seitlich auseinandergedrängten Muskulatur, so dass sich nach Entfernung des Tumors, trotzdem das Peritoneum in sehr grosser Ausdehnung mitentfernt werden musste, die Bauchdecken wie nach einem Pfannenstielschen Faszienquerschnitt rekonstruieren liessen. Glatte Heilung.)
6a. Gerschun, Zur Hydrocele muliebris. Wratsch. Gaz. Nr. 34. Sitzungsber. d. chir. Ges. zu Kiew. (Der exzidierte Tumor [Länge 6 cm, Umfang 8 cm] enthielt 21 ccm Flüssigkeit. Der Stiel führte durch den Inguinalkanal in die Bauchhöhle, das runde Mutterband lag hinter der Geschwulst, besonders.) (H. Jentter.)
7. Hannes, Bauchdeckenfibrom. Gyn. Ges. zu Breslau. 26. März. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26. p. 864. (Kindskopfgrosses, von der vorderen Rektusscheide ausgehendes Fibrom. Es wurde entfernt im vierten Monate der Schwangerschaft.)
8. Hirschberg, Über menstruierende Fisteln. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 37. (Nach unvollkommener Adnexoperation blieben Tubenfisteln zurück, die während jeder Menstruation Blut absonderten. Verf. nimmt für seine Fälle an, dass die Tubenschleimhaut sich am Menstruationsvorgange beteilige. Nach den mechanischen Verhältnissen sei es unwahrscheinlich, dass das Blut rückläufig aus dem Uterus stamme.)
9. Klages, Ein Adenomyom in einer Laparotomienarbe, nebst Bemerkungen zur Genese dieser Geschwulstbildung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. p. 858.
10. *König, Die Radikaloperation grosser Hernien, besonders der Bauchbrüche, unter Verlötung mit frei verpflanzten Periostlappen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 75. Heft 3.
11. Korabczynska, Multiple Desmoide der Bauchdecken. Przeglad lekarski. 1910. Nr. 49. (Bei einer 25jährigen IIpara im fünften Graviditätsmonat handelte es sich um drei hühnerei- bis faustgrosse harte Fibrome, die von dem hinteren Blatte der linken Rektusscheide ausgegangen waren.)
12. *Kroiss, Zwei Fälle von chronisch entzündlichen Tumoren nach Bauchdeckenschnitt. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 112.
13. Meisel, Desmoid der Bauchdecken. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Chir. Berlin. (Die Geschwulst war nach unvollkommener Operation rezidiviert und wurde dann total entfernt. Der grosse Defekt im Peritoneum wurde durch Einnähen des Netzes geschlossen.)

14. *Müller, Herbert, Beitrag zur Kasuistik der Bauchdeckenfibrome. Inaug.-Diss. Heidelberg.
15. Pakowsky et Ségard, Hernia of Fallopian Tube and Ovary. Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris. Oct. 1911.
16. *Schiffmann, Zur Kenntnis der Bauchwandtumoren. Arch. f. Gyn. Bd. 98. Heft 3.
17. Schindler, Herniologische Beiträge. Münchn. Gyn. Ges. 16. März 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2. p. 50.
18. Schlimpert, Über den Wert der Bauchhöhlendrainage. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. p. 61.
19. Schwarzwäller, Bauchbruch nach Menge operiert. Wissenschaftl. Verein der Ärzte in Stettin. 7. Mai.
20. Steinberg, Über Desmoide der Bauchdecken an der Hand eines Falles. Inaug.-Diss. München.
21. Sultan, Bandage bei Hängebauch und grossen Bauchbrüchen. Deutsche med. Wochenschr. 16. Mai. Vereinsberichte. Nr. 20.
22. Weinhold, Modifikation der Bauchdeckenplastik. Gyn. Ges. in Breslau. 21. Nov. 1911. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 235.

König (10) empfiehlt auf die sorgfältig ausgeführte Naht der Hernie einen von einer anderen Körperstelle her entnommenen Lappen von derbem Gewebe, ringsum völlig abschliessend in freier Übertragung aufzunähen. Am besten wird dazu verwendet ein Periostlappen von der Tibia, der mit der Kambiumschicht nach innen auf der Naht der Aponeurose, diese und die Stichkanäle deckend, mittelst feiner Naht fixiert wird. Tadellose Erfolge in 14 Fällen.

Felten (5) berichtet über 3 Fälle von Blasenhernien. Sie fanden sich unter 307 Hernienoperationen. Sie sind häufig bei Rezidivoperationen, ihre Diagnose ist schwierig bei Kombination mit anderen Eingeweidehernien. Bei der Operation erkennt man die Komplikation an der Blasenmuskulatur und an der Anhäufung von Fettgewebe mit eigentümlich goldgelber Farbe. Bei eingeklemmten Brüchen mit Gangrän der Blasenwand muss die Blase im Gesunden reseziert und exakt wieder verschlossen werden. In den Fällen Feltens handelte es sich einmal um eine freie extraperitoneale Hernie; bei der Operation wurde die Blase verlegt und wieder genäht. Heilung. Das zweite Mal wurde eine eingeklemmte paraperitoneale Form mit Nekrose der Blasenwand gesehen, die zu einer langsam sich schliessenden Fistel führte. In dem dritten fand man in einer eingeklemmten Leistenhernie extraperitoneal ein lang ausgezogenes Blasendivertikel, welches getrennt vom Bruchsack durch die mediale Leistenbruchpforte ausgetreten war.

Müller (14) berichtet über acht Bauchdeckendesmoide, bei denen 6 mal die mikroskopische Diagnose Fibrom und 2 mal Fibrosarkom lautete. Nur bei einer Patientin war keine Gravidität vorhergegangen. Das Alter der Frauen lag zwischen 24 und 44 Jahren. Trauma wurde 2 mal als ursächliches Moment angegeben. Von der Fascia transversa gingen sechs Tumoren aus, einer vom M. obliquus internus und transversus, einer von der Rektusscheide. Fünfmal war die rechte, 3 mal die linke Seite betroffen. Niemals kam es zu einem Rezidiv.

Schiffmann (16) hat mikro- und makroskopische Untersuchungen über die Bauchwandtumoren angestellt und kommt zu folgenden Schlüssen. Die mikroskopische Untersuchung, nicht nur der zentralen, sondern auch der Randpartien, ist für die Deutung der Bauchwandtumoren von Belang. Sie erweist die Möglichkeit der spontanen Ausheilung der im Zentrum der Schlofferschen Tumoren gelegenen Abszesse unter vollständiger Aufsaugung ihres Inhaltes bei gleichzeitiger Bildung umfänglicher solider Tumoren. Es finden sich also in Operationsnarben Geschwülste, die solid, ohne Abszess- oder Fremdkörpereinschluss ihrem mikroskopischen Befund nach spätere Stadien eines Ligaturtumors darstellen. An ihrem Aufbau beteiligt sich das intermuskuläre Bindegewebe in ausgiebiger Weise. Diese Formen sind klinisch nicht immer von Ligaturtumoren zu trennen; ihre Therapie besteht in der Exstirpation. Ein ohne vorhergehende Operation auf traumatischer

Grundlage entstandener Bauchdeckentumor wies keine nennenswerten entzündlichen Merkmale auf. Auch hier beteiligte sich das Muskelgewebe resp. dessen Interstitium an seinem Aufbau.

Über chronisch entzündliche Tumoren nach Bauchdeckenschnitt berichtet Kroiss (12). Der erste Fall betraf einen Mann, bei dem 9 Jahre früher die Radikaloperation nach Bassini ausgeführt wurde. Nach diesem langen beschwerdefreien Intervall bildete sich unter Schmerzen entsprechend der Operationsnarbe in der Tiefe eine nicht verschiebliche kastaniengrosse harte Geschwulst. Die Inzision ergab, dass im Zentrum der Geschwulst ein Aluminiumbronzedraht von Granulationen und einigen Tropfen Eiter umgeben lag, nach dessen Entfernung die Geschwulst in kurzer Zeit verschwand. Ähnlich günstig verlief der zweite Fall, bei dem ein Jahr nach einer gynäkologischen Laparotomie ein harter Tumor im Abdomen zu tasten war, der sich gegen das Becken fortsetzte. In den Tumor führte eine Fistel, die sich 12 1/2 cm tief sondieren liess. Nach Spaltung der Fistel wurden aus der Tiefe einige Ligaturen entfernt, worauf Heilung eintrat. Auf Grund dieser neuerlichen Erfolge der konservativen Therapie hält Kroiss die radikale Exstirpation dieser unter dem Namen der Schlofferschen Tumoren bekannten Geschwülste geradezu für einen Kunstfehler und empfiehlt Bettruhe und Wärmeapplikation, und nach eingetretener Erweichung Inzision mit Entfernung der Ligaturen. Die harten Tumoren verschwinden dann in recht kurzer Zeit.

b) Hämatocele.

1. Bretschneider, Seltene Ursache einer Hämatosalpinx. Ges. f. Geb. u. Gyn. in Leipzig. 20. Mai. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43. p. 1437.
2. Lavenant, Grossesse extra-utérine, hématocèle extra-péritonéale, simulant une tumeur de l'os iliaque; opération, guérison. Soc. des chir. de Paris. 17 Nov. 1911. La Gyn. Févr. Nr. 2.
3. Macfarlane, Pelvic haematocele associated with intrauterine pregnancy. Journ. of Obst. and Gyn. August.
4. Preiss, Intrauterine Gravidität bei gleichzeitiger Haematocele retrouterina. Gyn. Ges. in Breslau. 31. Okt. 1911. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 116.
5. Putzer, Zur Kenntnis der Haematocele anteuterina. Inaug.-Diss. Greifswald 1911.
6. Schockaert, A propos de l'opération de l'hématocèle. Bull. de la soc. belge de gyn. et d'obst. p. 126.
7. Wolff, Seltene Ätiologie der Haematocele retrouterina. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 189.

c) Adnexe im Allgemeinen, Lig. latum und rotundum, Beckenperitoneum, Proc. vermiformis.

1. Abadie, Deux formes de Tuberculose génitale chez la femme: abcès froid tubaire; pelvipéritonite tuberculeuse avec annexite bilatérale. La Gyn. Févr.
2. Aichel, Rhabdomyom des Lig. rotundum des neugeborenen Mädchens. Münchn. gyn. Ges. 13. Juli 1911. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2. p. 57. (Kugelige Geschwulst am oberen Drittel des rechten Lig. rot., der Umfang ca. 10mal grösser als der des Lig. rot. Die Geschwulst wird gebildet durch Vermehrung der quergestreiften Muskulatur, die dem Kremaster entstammt.)
3. Albertin, Hydrosalpinx mit Stieldrehung und abundanten Metrorrhagien. Lyon méd. 1911. Nr. 27.
3a. Albinsky, Über intrauterine Injektionen. Wratsch. Gaz. Nr. 14. Sitzungsber. d. geb.-gyn. Ges. zu Tomsk. (Guter Erfolg in 15 Fällen von Salpingooophoritis. Zur Vermeidung möglicher Stumpfexsudate empfiehlt Verf., vor der chirurgischen Behandlung der Adnexitis intrauterine Injektionen nach Grammatikati zu unternehmen. Dasselbe empfiehlt Albinsky auch nach der Operation zu machen, wenn es vor derselben unterlassen ist.) (H. Jentter.)

4. Albrecht, Die diffuse gonorrhoische Peritonitis. Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. in München. 7. Juli. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 37. p. 1226.
4a. Alexandrow, Die Rolle des Bauchfelles bei Torsion der Adnexe. Wratsch. Gaz. Nr. 22. Sitzungsber. d. phys.-med. Ges. zu Dresden. (H. Jentter.)
5. Armand, Le traitement conservateur dans les salpingo-ovarites (ses résultats éloignés d'après 46 ablations partielles d'annexes. Thèse Lyon. 1911—1912.
6. *Arzt, Zur Kenntnis der Dermoide des Beckenbindegewebes. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 109. Heft 3. p. 4.
7. Baisch, Karzinom der Appendix. Münchn. gyn. Ges. 26. Okt. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5. p. 136.
8. Batzdorff, Ein Beitrag zur Frage des primären Appendixkarzinoms. Arch. f. klin. Chir. Bd. 108.
9. Bauer, Zur Behandlung der akuten freien Peritonitis, mit besonderer Rücksicht auf die Frage der Primärnaht. Arch. f. klin. Chir. Bd. 96. Heft 4.
10. Baumm, Demonstration von tuberkulösen Adnexen eines jungen Mädchens. Gyn. Ges. zu Breslau. 26. März. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26. p. 862.
11. Beckhardt, Zur Behandlung der Genital- und Peritonealtuberkulose beim Weibe. Inaug.-Diss. Strassburg i. E. 1911.
12. Bertels, Über das primäre Karzinom des Wurmfortsatzes. St. Petersburger med. Wochenschr. 1911. Nr. 25.
13. Beuttner, Die transversale fundale Keilexzision des Uterus als Vorakt zur Exstirpation doppelseitig erkrankter Adnexe, nebst einigen Bemerkungen zur konservativen Chirurgie der Adnexe überhaupt. Stuttgart 1911, bei F. Enke.
14. Boehm, Die Behandlung der Komplikationen der Gonorrhoe mit kombinierter Vakzine. Therapeut. Gaz. 15. Jan.
15. Boldt, H. J., Uterus and suppurative adnexa removed by pan-hysterectomy. New York Acad. of Med. Jan. 25. Ref. Amer. Journ. of Obst. April 12.
16. Bondy, Zur Statistik und Diagnose der Adnextuberkulose. Wiener klin. Wochenschr. 1911. Nr. 27.
17. Bonnet, Appendizitis, Beckenabszess, Kolpotomie, Appendektomie, Phlebitis. Lyon. méd. 1910. Nr. 42.
18. Borgoras, Appendizitis und Adnexitis. Journ. f. Geb. u. Gyn. 1911. p. 831. (Russ.)
19. Borsuk, Hydrocele muliebris. Medycyna. 1911. Nr. 41. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33. p. 1094.
20. de Bovis, Salpingite et Laminaires. Sem. méd. 1910. Nr. 52. Ref. Revue de Gyn. et de Chir. abd. Juin 1911. p. 642.
21. Brin, Umfangreiches subperitoneales Myxom des Lig. latum mit Verlängerung nach dem Gesäss und der Scheide. Revue de Gyn. Bd. 15. Nr. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33. p. 1093.
22. Broniatowski, Appendicitis gangraenosa sub partu. Nowiny lekarskie. 1911. Nr. 2. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26. p. 871.
23. Bumm, Über Vermeidung der Operationsperitonitis. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Ergänzungsheft.
24. v. Cackovic, Über Drehung des grossen Netzes. Festschr. f. Dr. Wikerhauser. 1910. Zagreb.
25. Cecil und Bulkley, Kritische Studie über Oxyuren- und Trichozephalus-Appendizitis. Amer. Journ. of the med. science. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. p. 1415.
26. Chéron, Spätresultate der Radiumtherapie der Entzündungen der Adnexe und ihrer Umgebung. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Déc. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34. p. 1129.
27. Colf, The Müllerian origin of some broad ligament cysts. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. May. p. 277.
28. Davidson, Zur Kasuistik der Tumoren der runden Mutterbänder. Kiew 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33. p. 1094.
29. Davis, Die radikale Behandlung entzündlicher Erkrankungen im Becken. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of women and childr. 1911. Sept.
30. Dobbert, Über die Leistungsfähigkeit der Laparotomie bei eitrigen Prozessen der inneren Geschlechtsorgane des Weibes. St. Petersburger med. Zeitschr. Nr. 6. (Die Laparotomie gibt in derartigen Fällen gute Resultate; bei Verunreinigung des Operationsfeldes durch Eiter soll die Peritonealhöhle durch Autoplastik geschlossen und nach der Scheide drainiert werden.)

31. Dowd, Deep-lying abdominal inflammation. Amer. Journ. surg. XXVI. p. 204.
32. Ebeler, Über die Erfolge der operativen Behandlung chronisch entzündlicher Adnexerkrankungen. Med. Klinik. Bd. 32. p. 1311.
33. Eting and Donhauser, One hundred consecutive cases of pelvic affections in which vaginal drainage has been employed (Cent cases consécutifs d'affections pelviennes dans les quelles on a eu recours au drainage vaginal.) Surg., Gyn. and Obst. 1911. XIII. Nr. 1. July. Ref. Revue de gyn. et de chir. abd. Déc. 1911. p. 581.
34. Frank, Pseudomyxoma peritonei, ausgehend vom Processus vermiformis. Proceedings of the New York pathol. Soc. 1911. Nr. 5. Vol. 11. 1 u. 2.
35. v. Franqué, Über das gleichzeitige Vorkommen von Karzinom und Tuberkulose an den weiblichen Genitalien, insbesondere Tube und Uterus. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 69. Heft 2.
36. Fromme, F., Über die spezifische Behandlung der weiblichen Gonorrhoe. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 21.
37. Gödecke, Appendizitis und Gravidität. Gyn. Ges. zu Dresden. 21. Dez. 1911. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 469.
38. Griffith, Discussion on the results of treatment of inflammatory disease of the uterine appendages. The Brit. med. Journ. Oct. 26.
39. Guggisberg, Die Frage der Vakzinetherapie und Vakzinediagnose der Gonorrhoe. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22.
40. Gussakow, Echinococcus retrocervicalis extraperitonealis als Hindernis zur Spontangeburt. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28. p. 924.
41. Hartmann, Traitement des péritonites aigues. Ann. de gyn. et d'obst. Oct. 1911. p. 561.
42. Haultain, Appendages from a patient shortly before operated on for acute appendicitis. Edinburgh Obst. Soc. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. March.
43. Heimann, Laparotomie oder konservative Behandlung der weiblichen exsudativen serösen Peritonealtuberkulose? Inaug.-Diss. Freiburg 1911.
44. Heinsius, Zur Kasuistik der primären Geschwülste des grossen Netzes. Arch. f. klin. Chir. Bd. 96. Heft 4. (Die 62jährige Patientin wurde unter der Diagnose Ovarialkystom oder retroperitonealer Tumor wegen behinderter Darmpassage operiert. Es fand sich ein polymorphzelliges Alveolarsarkom, das von dem grossen Netz ausgegangen war und infolge einer fibrinbildenden plastischen Bauchfellentzündung enorme Verwachsungen mit dem Darme gebildet hatte.)
45. Hoffmann, Erfahrungen und Resultate unserer Perityphlitisbehandlung bei 4000 Fällen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 79. Heft 2.
46. Hornstein, Beiträge zur Kasuistik der gynäkologischen Peritonitis. Arch. f. Gyn. Bd. 97. Heft 1.
47. Hüffell, Vakzinediagnostik und -Therapie der chronischen Gonorrhoe beim Weibe. Sammelreferat in Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 343.
48. Jayle, La pelvi-péritonite sudative. XIII Congrès franc. de méd. Paris. 13—16 Oct.
48a. De Josselin de Jong, Zwei Tuberkulome des Genitalapparates. Verhandl. d. Nied. Gyn. Ver. 1911. (Das eine Präparat, herrührend von einem zweijährigen Mädchen, bei dessen Sektion neben dem Uterus eine verästelte höckerige Gewebsmasse gefunden wurde, die innig damit verwachsen war. Die Tube geht in diesen Tumor über, der aus verkästem, tuberkulösem Gewebe zu bestehen scheint. Das zweite Präparat wurde per laparotomiam bei einer 26jährigen Witwe entfernt, welche bereits vor ihrer Ehe (vor sieben Jahren) Schmerzen im Unterleib hatte, die in den letzten Jahren zunahmen. Im Februar 1911 wurde ein harter Tumor rechts neben dem Uterus gefunden. Bei der Operation erwies sich der Tumor als faustgross, überall mit Intestinae verwachsen und ging über in den lateralen Teil der Tube; Tumor und Tube wurden entfernt. — Das rechte Ovarium war nicht zu finden. Linke Adnexa und Peritoneum normal. — Der Tumor besteht aus einer unregelmässigen, festen, höckerigen, verästelten Masse ohne Struktur, die sich mikroskopisch als tuberkulöses Gewebe erweist. Vortr. äussert die Meinung, dass bis heute eine derartige Tuberkulose des Genitalapparates noch nicht beschrieben worden sei.) (Mendes de Léon.)
49. Kakuschkin, Beobachtungen über die Probepunktion der Ex- und Transsudate des Beckens. Verhandl. des IV. russ. Gyn.-Kongr. (In einigen Fällen tritt nach der Probepunktion Temperaturabfall ein und wird die Resorption der entzündlichen Pro-

dukte beschleunigt. Dabei fällt die Temperatur entweder dauernd zur Norm oder der Abfall ist nur relativ und zwar anhaltend oder auch nur zeitweilig. Bei frischen Ex- oder Transsudaten mit virulentem Inhalt kann die Körpertemperatur durch die Punktion unbeeinflusst bleiben, oder sogar steigen. Dauernder Temperaturabfall geht Hand in Hand mit rascher Resorption des Exsudates. Die resorbierende und antipyretische Wirkung der Probepunktion lässt sich durch Alteration der Blutzirkulation im punktierten Gebiete erklären (Trauma, teilweise Entleerung des Inhalts, Saugwirkung der Spritze). Auf diesen Eigenschaften der Saugpunktion kann eine systematische Anwendung des Probestiches bei alten entzündlichen Beckenexsudaten begründet werden.) (H. Jentter.)

50. Kamann, Kleinapfelgrosses Fibrom des Lig. latum. Freie Vereinig. mitteldeutsch. Gyn. 28. April. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. p. 954.
51. Kapponeg, Das Fibrolysin bei Peritonitis chronica adhaesiva. Norsk. Magazin f. Lagevidenskab. 1911.
52. Keller, Histologische Untersuchungen über den Infektionsweg bei der weiblichen Adnextuberkulose. Arch. f. Gyn. Bd. 98. p. 253.
53. Van Kersteren, Resultate operativer Behandlung entzündlicher Adnexerkrankungen mittelst Colpotomia posterior. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24.
54. Koch, Zur Behandlung schwerer Menorrhagien bei akut entzündlichen Adnexerkrankungen durch Proteininjektionen. Arch. f. Gyn. Bd. 98. p. 297.
55. — Behandlung der Blutungen bei entzündlichen Adnexerkrankungen. Med. Ges. in Giessen. 21. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 46.
56. Klotz, Über Peritonitisbehandlung mit Hypophysenextrakt. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Ergänzungsheft.
57. Köhler, Zur Frage der isolierten Sigmoiditis und Perisigmoiditis. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 15. Nr. 5.
58. Krogius, Übersicht über etwa 1000 Fälle von Appendizitis, operiert in der chirurgischen Universitätsklinik zu Helsingfors 1901—1908. Arch. f. klin. Chir. Bd. 95. Heft 4.
59. Krull, Zur Behandlung entzündlicher Adnextumoren. Gyn. Ges. in Dresden. 20. Juni. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 49. p. 1655. (Diskussion: Albert, Prüsmann, Kehrer, Strohbach, Weisswange, Osterloh, Hüttner, Marschner.)
60. Kuhn, Die Zuckerbehandlung der Bauchfellentzündung. Arch. f. klin. Chir. Bd. 96. Heft 3 u. 4.
61. Kutner und Schwenk, Der therapeutische und diagnostische Wert des Gonokokkenvakzins. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 5. p. 144.
62. Labhardt, Beiträge zur Genital- und Peritonealtuberkulose. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70.
63. Lance, Un cas de grossesse normale chez une malade atteinte, huit mois auparavant de salpingite double et de pelvipéritonite aigues traitées médicalement. Soc. des chir. de Paris. 2. II. La Gyn. Nr. 4. Avril.
64. Lichtenstein, Über Perityphlitis in der Gravidität. Ges. f. Geb. u. Gyn. in Leipzig. 15. Jan. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34. p. 1112.
65. Liepmann, Das Ligamentum infundibulo-colicum. Virch. Arch. Bd. 207. Heft 3. (Der Verf. beschreibt eine von dem Infundibulum der Tube zum S Romanum ziehende Bauchfellduplikatur als Ligamentum infundibulo-colicum. Er fand es bei 118 Frauen viermal. Es ist verbunden mit einem ungewöhnlich langen Mesosigmoideum und daher dadurch entstanden, dass letzteres das Parietalperitoneum „gewissermassen aufrollt". Bei Verbreitung von Entzündungen und bei vaginalen Operationen könnte es von Bedeutung sein.)
66. Litthauer, Über Darmfremdkörper und Perityphlitis. Berl. klin. Wochenschr. 1911. Nr. 26.
67. Lock, Pelvic inflammation in woman. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. July. Vol. 22. Nr. 1.
68. Lockwood, Die Appendizitis in ihren Beziehungen zu Erkrankungen der weiblichen Beckenorgane. Practitioner. Nov. 1911.
68a. Lönnberg, J., Ein Fall von Blutung aus A. uterina infolge von Arrosion eines Drainrohres. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d. Gesellschaft schwed. Ärzte. Hygiea Nr. 9. (Silas Lindquist.)

68b. Lorentowicz, L., Über die Therapie der eitrigen Adnexerkrankungen. Sammelbericht. Medycyna i Kronika Lekarska. Nr. 31. p. 622. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)

69. Lorenz, Die Häufigkeit und Entstehung der Genitaltuberkulose der Frau und ihre Beziehung zur Tuberkulose anderer Organe. Inaug.-Diss. Freiburg 1911.

70. Lüer, Zwei Fälle von vereitertem, retroperitoneal gelegenem Echinococcus. Inaug.-Diss. Greifswald 1911.

71. Macnaughton-Jones, The appendix, its relation to the causation and surgical treatment of affections of the adnexa. Clin. Journ. July 1911.

72. Maiss, Echinococcus der Bauchhöhle und des Beckenbindegewebes. Gyn. Ges. zu Breslau. 21. Nov. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 4. p. 114.

73. Miloslawich, Über die isolierte Tuberkulose des Wurmfortsatzes. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 21.

74. Moschcowitz, Ein Fall von Chorioepithelioma des breiten Mutterbandes. Proceed. of the New York pathol. Soc. 1910. Nr. 7, 8. (46jährige Multipara. Letzter Partus vor sieben Jahren. Seit einem Jahre Dickerwerden des Leibes. Anderwärts curettiert. Bei der Operation findet sich ein orangegrosser Tumor des linken Lig. latum ohne Zusammenhang mit Uterus und Adnexen. Patientin stirbt an Lungenmetastasen.)

74a. Mussatow, Zur Behandlung chronischer gonorrhoischer tubovarieller Entzündungen mittelst intrauteriner Injektionen von Argentamin. Wratsch. Gaz. Nr. 19. Sitzungsber. d. geb.-gyn. Ges. zu Moskau. (Es wurde 2 % Argentamin nach Zweifel injiziert 17 Fälle, Dosis von 0,2—1,0, 15—30 Injektionen über einen Tag. Die Injektionen werden gut vertragen, nur am Anfang der Behandlung wird über Schmerzen geklagt, welche auf Wärmeapplikation schwinden. Die Tumoren der Adnexe werden resorbiert, die Narbenstränge werden weich. Die Methode ist rationell und kann in gewissen Fällen die Operation ersetzen.) (H. Jentter.)

75. Nürnberger, Kriterien der gesunden und kranken Appendix. Münchn. gyn. Ges. 22. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 381—385.

76. Panitzer, Angiom des Uterus, der Blase und des Lig. latum. Verhandl. d. amer. Vereinig. von Geb. u. Gyn. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 7. p. 211.

77. Pantzer, Angioma of uterus, bladder and broad ligament. The Amer. Journ. of Obst. Nov. p. 776. 1911.

78. Penkert, Zwei Präparate von Hydrocele muliebris. Verein d. Ärzte in Halle. 30. Okt. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 52.

79. Polak, Two years experiences with vaccines in pelvic infections. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Nov. p. 1738. 1911.

79a. Preissmann, Intrauterine Injektionen bei tumorartigen Veränderungen der Adnexe. Wratsch. Gaz. Nr. 21. Sitzungsber. d. geb.-gyn. Ges. zu Tomsk. (H. Jentter.)

80. Propping, Die gegenwärtigen Erfolge bei der chirurgischen Behandlung der freien, eitrigen Wurmfortsatzentzündung. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 74.

80a. Rec, Über operative Behandlung verschleppter Eiterungen der Uterusadnexe. p. 511 bis 512. Verhandl. d. Gyn. Sekt. d. poln. Naturf.-Versammi. Krakau. Juli 1911.

81. Róna, Dysmenorrhoe und Appendizitis. Orvosi Hetilap. 1911. p. 755. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 37. p. 1240.

82. Routier, Les gros abcès pelviens d'origine appendiculaire et leur traitement. Acad. de méd. 20 Févr. La Presse méd. Nr. 15. 21 Févr.

83. Rouville, Perimetro-salpingo-appendicite. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris. Févr.

84. Royster, Eingeklemmte Inguinalhernie bei der Frau. Amer. Journ. of Obst. and dis. of women and childr. 1911. Sept.

85. Rubin, Funktionen des grossen Netzes. Surg., Gyn. and Obst. Febr. 1911. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 573.

86. Rygier, Über Arthigonbehandlung der gonorrhoischen Vulvovaginitis kleiner Mädchen. Deutsche med. Wochenschr. 1911. Nr. 50.

87. Sasse, Zur Behandlung der akuten eitrigen Appendizitis mit zirkumskripter oder diffuser Peritonitis. Arch. f. klin. Chir. Bd. 94. Heft 3.

88. Schaeffer, Lipomatöse Geschwülste der Leistengegend des Weibes. 84. Versamml. Deutsch. Naturf. u. Ärzte in Münster. 15.—21. Sept.

89. Schlechtendahl, Über Stumpfversorgung bei Blinddarmoperationen. Deutsche med. Wochenschr. 1911. Nr. 39.

90. Schmitt, Die spezifische Behandlung der Gonorrhoe, mit besonderer Berücksichtigung der Cervixgonorrhoe. Münchn. med. Wochenschr. 1911. Nr. 41.
92. Schmitt, A., Differentialdiagnose zwischen Appendizitis und Stieldrehung der Adnexe. v. Brunssche Beitr. z. klin. Chir. Bd. 76. Heft 3. (Besprechung der verschiedenen, oft ganz gleichen Symptome, unter denen als entscheidend das Rovsingsche Symptom bei Appendizitis und die Temperatur- und Pulsverhältnisse besonders ins Gewicht fallen.)
93. Schottmüller, Die entzündlichen Prozesse im Douglas. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. 11. Nov. 1911. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 498.
94. Schultz, Klinische Erfahrungen mit dem Gonokokkenvaccine Arthigon. Deutsche med. Wochenschr. 1911. Nr. 50.
95. v. Seuffert, Über Behandlung und Prophylaxe der diffusen Peritonitis. Münchn. gyn. Ges. 22. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 378.
96. Simon, Entzündliche Divertikel des Wurmfortsatzes. Berl. klin. Wochenschr. 1911. Nr. 33.
97. Slingenberg, Die Vaccinebehandlung der weiblichen Gonorrhoe. Arch. f. Gyn. Bd. 96. Heft 2.
98. Soli, Un caso di fibromioma della porzione extra abdominale del legamento rotondo. La Ginec. moderna. IV. p. 160.
99. Sonnenburg, Appendizitis und Kolitis. Therapie der Gegenw. Juli.
100. Stark, Akute Drehung normaler Adnexe mit Hämatosalpinxbildung. Journ. of Obst. and Gyn. 1911. Nr. 2.
101. Sternberg, Jelkin, Dembskaja, Terebinskaja-Popowa, Bjelinowsky, Vaccinotherapie bei weiblicher Gonorrhoe. IV. Kongr. russ. Gyn. u. Geb. in St. Petersburg. 16.—18. Dez. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13. p. 399.
102. Stone, Use of Jodine in conservative Surgery of the uterine Appendages. Va. Med. Semimonth. XVII. p. 105.
102a. Szili, Jenö, Adnex-és coecum-tuberculosis. Méh-és adnex kiirtás coecum-resectióval. Budapesti Orvosi Ujság. Sebészet. Nr. 2. (Laparotomie wegen rechtsseitigem Beckentumor, welcher sich nun als Tuberkulose der rechten Adnexe und des Cökums entpuppt. Nach supravaginaler Amputation des Uterus werden die rechtsseitigen Adnexe entfernt und das Cökum reseziert. Heilung.) (Temesváry.)
102b. — A medencrebeli genyedések nöknél, különös tekintettel az elkülönitö kórismére. Budapesti Orvosi Ujság. Sebészet. Nr. 1. (Klassifizierung und differential-diagnostische Fingerzeige betreffs der Beckeneiterungen des Weibes.) (Temesváry.)
103. Temoin, Diagnose und Behandlung der akuten Peritonitis. Arch. prov. de chir. 1911. Nr. 10.
103a. Terebinskaja-Popowa, Zur Bakteriologie der Beckenexsudate bei Erkrankungen der weiblichen Genitalien. Russki Wratsch. Nr. 38. (18 Beobachtungen an Kolpotomiefällen bei eitriger Beckenbauchfellentzündung und Pyosalpinx. Dreimal war das Exsudat steril. Achtmal wurden Aerobier gefunden und zwar viermal der lange Streptococcus [in Reinkultur dreimal, mit Bacterium coli einmal]; dreimal Staphylococcus [aureus, aureus und albus], einmal das Bacterium coli. In den übrigen Fällen wurden anaerobe Streptokokken gezüchtet [sechs obligate und ein fakultativer Anaerobier]. In fünf Fällen handelte es sich um Reinkulturen, in zwei lebte der Streptococcus zusammen mit dem Kolibazillus. In diesen sieben Fällen handelte es sich durchwegs um eitrige Entzündungen des Beckenbauchfelles und der Tuben, während in den ersten acht Fällen [Aerobier] ausser diesen Erkrankungen noch Vereiterung eines retrouterinen Hämatoms, Entzündung des Beckenzellgewebes und der Serosa der Flexur zu verzeichnen waren. Bei Erkrankungen der Adnexe und des Bauchfells sind anaerobe Bakterien fast ebenso häufig, wie aerobe; und bei bakteriologischen Untersuchungen ist mit diesem Faktum zu rechnen. Fast in allen Fällen ist es der obligate anaerobe Streptococcus.) (H. Jentter.)
104. Thies, Beitrag zur Perityphlitis in der Gravidität. Ges. f. Geb. u. Gyn. in Leipzig. 19. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34. p. 1123.
105. — Seltene Ursachen der Peritonitis. Ges. f. Geb. u. Gyn. in Leipzig. 22. April. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36. p. 1190. (Im ersten Fall wurde ein torquierter und nekrotischer Appendix epiploicus, im zweiten eine nekrotische, multilokuläre Ovarialzyste als Ursache der Peritonitis gefunden.)
105a. Thomson, Die Verdeckung des Stumpfes bei abdominalen Adnexoperationen mittelst des runden Mutterbandes mit gleichzeitiger Fixation der Gebärmutter. Journ. akusch.

i shensk. bolesn. März. (Nach Exstirpation von Adnextumoren wird das Lig. rotundum 3 cm vom Uterus mit einem Kocher gefasst und auf die hintere Uteruswand geschlagen, wo es mit zwei bis drei Nähten fixiert wird. Dadurch wird der Stumpf peritonisiert. Bei doppelseitigen Operationen können die beiden Schlingen der Bänder unter sich mit einigen Nähten verbunden werden. Durch dieses Verfahren wird gleichzeitig der Uterus in Anteversion fixiert.) (H. Jentter.)
106. Töpfer, Über die Behandlung der entzündlichen Adnexerkrankungen, mit besonderer Berücksichtigung einer neuen Operationsmethode. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 36.
107. Türschmid, Hernia obturatoria tubae. Nowing lekarskie. 1911. Heft 7.
108. Veit, J., Über die operative Behandlung der septischen und der gonorrhoischen Peritonitis. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Ergänzungsheft.
109. Wanner, Ovarialabszesse appendikulären Ursprungs. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31. p. 1016.
110. Widmer, Appendizitis und Frauenkrankheiten. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. 1910. Nr. 1.
111. Wilson, Oxyuren im Appendix. Brit. med. Journ. April 13.
112. Windisch, Pelveoperitonitisches Exsudat, durch Typhusbazillen verursacht. Budapester kgl. Ärzteverein. 25. April. (Die Frau hatte einen Adnextumor und, wie sich später erwies, ein Dermoid, welches nach Typhus vereiterte. Der Eiter enthielt massenhaft virulente Typhusbazillen.)
113. Wohlgemuth, Über die Appendizitis beim Weibe, ihre Beziehungen zu den Adnexen und zur Tubenschwangerschaft. Berl. klin. Wochenschr. 1911. Nr. 9.
114. Zesas, Der gegenwärtige Stand der chirurgischen Behandlung der diffusen eitrigen Peritonitis. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 15. Nr. 1.

In dem Falle von Arzt (6) handelt es sich um eine 59 jährige Patientin, die seit 30 Jahren eine Geschwulst in der linken Glutäalgegend hatte, die von Eigrösse bis Mannsfaustgrösse gewachsen und schliesslich durch die Haut durchgebrochen war. Die Geschwulst konnte nur unter Mitentfernung von Partien des Sphincter ani externus exstirpiert werden, sie sass extraperitoneal zwischen Vagina, Rektum, Blase und Symphyse. Die Wand der zystischen Geschwulst setzte sich zusammen aus einer zweifachen Bindegewebsschicht und einer verhornten Plattenepithelauskleidung ohne Papillenbildung, Haare-, Talg- und Schweissdrüsen. In ersterer lagen Entzündungsherde und Riesenzellen. Arzt hält den Tumor, der einen breiigen, krümeligen Inhalt hatte, für eine Epidermoidzyste, die aus Einstülpungsprozessen und Verwachsungen im Bereiche der Kloakenmündung hervorgegangen ist.

Die spezifische Therapie der gonorrhoischen Pyosalpinx ist in zahlreichen Publikationen abgehandelt. Nach den ersten Veröffentlichungen des Referenten auf dem Gynäkologenkongress 1911 haben sich in dem Berichtsjahre Kutner und Schwenk (61), Guggisberg (39), Wolfsohn, Sternberg, Jelkin, Dembskaja (101), Terebinskaja, Schultz (94), Boehm (14), Schmitt (90), Slingenberg (97) mit der Vaccintherapie der gonorrhoischen Infektion des Weibes beschäftigt. Fast alle Untersucher kommen zu dem Resultate — ohne hier auf das diagnostische Problem einzugehen —, dass bei nicht abgeschlossenen, frischen, gonorrhoischen Herden, ferner bei alten, stark in Bindegewebe abgekapselten Herden ein Erfolg noch nicht oder nicht mehr zu erzielen ist. Bei der Pyosalpinx muss das Stadium gewählt werden, wo nach Abklingen des Fiebers der Tumor sich voll ausgebildet hat. In der Hälfte der Fälle tritt eine objektive Heilung nicht ein. Subjektive Heilungen sind dagegen sehr viel häufiger. Die besten Resultate scheinen erzielt zu werden, wenn man mit den Vaccindosen langsam ansteigt und wenn die Vaccintherapie kombiniert wird mit den übrigen konservativen Behandlungsmethoden. Diese Ansichten kommen auch im wesentlichen in einer vom Referenten im Berichtsjahre erschienenen Arbeit zum Ausdruck (36).

Albrecht (4) hat bei einem Falle diffuser eitriger Peritonitis folgendes beobachtet: 1. Die diffuse Peritonitis entstand aus einer anfangs lokalisierten Pelviperitonitis innerhalb weniger Stunden. 2. Bei der Laparotomie wurde die diffuse Entzündung des parietalen und viszeralen Peritoneums mit reichlich freiem,

gelblich-grauem Eiter und dünnen Fibrinbelägen gefunden. 3. In dem Eiterausstich liessen sich nur Gonokokken und zwar auch intrazellulär in dem abgeschabten Serosaendothel von Dünndarmschlingen nachweisen. 4. Konnte durch Kulturen der einwandfreie Nachweis geführt werden, dass es sich um eine rein gonorrhoische Infektion ohne aerobe und anaerobe Mischinfektion handelte. Damit sei der einwandfreie Nachweis erbracht, dass entgegen der Ansicht Bumms und Frommes ein spontanes Fortkriechen der gonorrhoischen Infektion über das Bauchfell, wenn auch sehr selten, vorkomme, und dass der Gonococcus allein ohne Mischinfektion eine generalisierte eitrige Bauchfellentzündung erzeugen könne. Drei weitere Fälle, in denen nur der mikroskopische Nachweis von Gonokokkeneiter ohne Züchtung gemacht wurde (darunter einen beim Manne), zeigten den gleichen klinischen Verlauf. Auftreten der stürmischen Erscheinungen von diffuser Peritonitis innerhalb weniger Stunden. Bei der Laparotomie diffuse Entzündung des Peritoneums und eitrige Exsudation, dünne, schleierartige Fibrinbeläge auf den Darmschlingen, Tuben im Zustande hochgradiger akuter Entzündung, während der Operation Eiterdiagnose auf Gonokokken, Austupfen des Eiters, Schluss der Bauchhöhle. Bereits am Tage nach der Operation kritischer Abfall der schweren Erscheinungen und reaktionslose Heilung in kurzer Zeit. Das Blutbild zeigte im akuten Stadium keine Eosinophilenvermehrung, die charakteristisch für gonorrhoische Infektion angesehen wurde. Dieselbe trat erst am 3.—4. Tage nach Abklingen der akuten Erscheinungen auf als Rekonvaleszenzeosinophilie.

---

d) Tuben.

1. Abramitschew, Ein Fall von Echinococcus der rechten Tube und des rechten Eierstocks. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Febr. La gyn. Juin. Nr. 6. p. 368. (Bei der Geburt wurde der das Becken verlegende Tumor ins grosse Becken reponiert, wonach die Geburt spontanen Verlauf nahm. Nach neun Monaten Aufnahme der 43jährigen VIpara wegen Harn- und Stuhlverhaltung. Wegen zweier Tumoren Laparotomie. Supravaginale Uterusamputation mit Adnexen. Der eine Tumor erwies sich als erweiterte Tube mit vielen Tochterblasen [in den Wandungen Skolexe]; der kleinere tumorerweiterte Sack mit vielen Blasen.) (H. Jentter.)
2. Aichel, Doppelseitiges Tubenkarzinom. Münchn. gyn. Ges. 13. Juli 1911. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2. p. 58.

2a. Alfieri, E., Contributo allo studio delle nodosità intramurali ed istmiche della tromba uterina. Beitrag zum Studium der intramuralen und Isthmusknötchen der Tuba. Folia Gynaecologica, Pavia, Vol. VII. Fasc. II. S. 147. (Artom di Sant' Agnese.)

3. Amann, Demonstration von drei Präparaten von primärem Tubenkarzinom. Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. in München. 7. Juli. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 37. p. 1223.
4. Andrews, A case, in which torsion of a Hydatid of Morgagni during pregnancy without torsion of tube or ovary caused urgent symptoms. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Oct. Vol. 22. Nr. 4.
5. Anduze-Acher, Le cancer primitif de la trompe de Fallope. Thèse de Toulouse. 1911.
6. Anspach, The torsion of tubal enlargements with especial reference to pyosalpinx. Amer. Journ. of Obst. X. p. 553.
7. Armand, Le traitement conservateur dans les salpingo-ovarites. Thèse de Lyon. 1911.
8. Auvray, De la torsion spontanée de la trompe et de l'ovaires normaux. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Nr. 7. Juillet. Ref. La Gyn. Oct. Nr. 10. p. 635.
9. — A propos des ossifications des trompes et de l'ovaire. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 4. Avril.
10. — Fibrous et Myomatous Tumors of the Tubes. Arch. mens. d'obst. et de Gyn. Jan. Ref. The Amer. Journ. of Obst. May. p. 881. (21 Fälle von Fibromen der Tube sind in der Arbeit zusammengestellt.)

11. Barbour und Watson, Tuberkulöse Pyosalpingen. Journ. of Obst. and Gyn. 1911. Sept.
12. Le Bec, Fibrome de la trompe. Soc. des chir. de Paris. 10 Mai. La Presse méd. Nr. 45. (Fibrom der Tube, welches bei einer 48jährigen Nullipara entfernt wurde.)
12a. Beckmann, Fall von doppelseitigem Tubenkarzinom bei Gebärmutterhöhlenkrebs. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Febr. Sitzungsber. d. geb.-gyn. Ges. zu St. Petersburg. (Der Uterus war vergrössert, 16 cm lang, das Kavum von Krebswucherungen eingenommen. Ovarien normal. Beide Tuben beweglich, in der Mitte durch Krebsmassen spindelförmig aufgetrieben, die abdominalen Tubenöffnungen durchgängig, der Peritonealüberzug unverändert, ebenso wie die uterinen Tubenabschnitte im Bereich von 4 cm. Adenokarzinom. Vaginale Exstirpation. Genesung.) (H. Jentter.)
12b. Blom, Pyosalpinges tub. (Demonstration.) Ges. f. Gyn. u. Obst. 9. April 1912. Ref. Ugeskrift for Laeger. p. 1872. (O. Horn.)
13. Boldt, Diseases of the Fallopian tubes. Journ. of Amer. med. Assoc. July. p. 100.
14. Bonnaire und Durante, Ein Fall einer vom Uterus unabhängigen Tuba Fallopii. Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris. Nr. 3. (Bei Obduktion einer im Wochenbett an Mitralinsuffizienz gestorbenen Frau wurde folgender Befund erhoben. Rechte Niere fehlt. An ihrer Stelle ein perlmutterartig glänzendes, unregelmässig spindelförmiges Gebilde mit körniger Oberfläche [1½ cm breit, 5—9 cm lang], das nach oben in der Höhe der X. oder XI. Rippe in einem mit Fransen besetzten Trichter endigt, an deren einer eine haselnussgrosse, durchscheinende Zyste hängt. Ein leicht vorspringender Strang verläuft nach unten und vereinigt sich mit einer Falte, die vom Kollum uteri kommend zum inneren Leistenring verläuft. Das rechte Lig. latum fehlt. Der Uterus ist an seiner rechten Kante ganz glatt. Linke Adnexe normal. Es handelt sich um einen wahren Uterus unicornis. Der spindelförmige Körper ist das Ovarium. Dahinter verläuft die Tube mit engem, von kubischen Zellen umgebenen Lumen, das nach abwärts verschwindet, so dass der Strang dann hauptsächlich von glatten Muskelfasern gebildet wird, begleitet von der Arteria utero-ovarica. In dem zum inneren Leistenring ziehenden Strang ist auch quergestreifte Muskulatur vorhanden.)
15. De Bovis, Gonokokkenätiologie der Pyosalpinx. Sem. méd. Nr. 36. (Verf. schliesst sich dem Standpunkte Menges an, der 85 % der Pyosalpingen auf Gonokokken, 10 % auf Tuberkulose und 5 % auf verschiedene Eitererreger zurückführt. Der Nachweis der speziellen Ätiologie ist heute, wo wir nur im chronischen Stadium operieren, meist unmöglich.)
16. Brickner, Ruptur einer Pyosalpinx als Ursache akuter diffuser eitriger Peritonitis. Surg., Gyn. and Obst. Nr. 5.
17. Bubnoff, Peter v., Primäres Tubenkarzinom. Kasuistischer Beitrag mit Tafeln. Inaug.-Diss. München. März.
17a. Büchler, Dezsö, Gümös adnextumor operált esete. Aus der Sitzg. des Siebenbürger Museums-Verein am 9. Nov. Ref. Orvosi Hetilap. Nr. 51. (Supravaginale Amputation mit Exstirpation der Adnexe wegen Tubentuberkulose. Heilung.) (Temesváry.)
18. Carresco, Salpingitis enquistada bilateral. Extirpation de matriz y Anejos por laporotomia abdominal. Rev. de med. y cir. practicas. 1911. Nr. 1179. Juillet. Ref. Rev. de Gyn. et de Chir. abd. Déc. 1911. p. 584.
19. Chaton, Un procédé de péritonisation du moignon salpingien dans les salpingectomies. Arch. méd. chir. de Province. 1911. Nr. 5. Mai. Ref. Rev. de Gyn. et de Chir. abd. Déc. 1911. p. 584.
20. Coryllos, Corpuscules de Vater-Paccini dans la Trompe utérine. Revue de Gyn. Tome 18. Nr. 3. (Schlüsse: 1. Man kann in der Tube Tastkörperchen vom Typus Vater-Paccini finden. 2. Der Befund ist ausserordentlich selten, es existieren nur zwei Fälle, einer von E. Ries, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1906. Bd. 62, und der des Verf. 3. Sie erscheinen wahrscheinlich in dem subendothelialen Gewebe, welches den Müllerschen Kanal umgab. 4. Sie spielen keine physiologische Rolle, können aber manchmal zu pathologischen Störungen Veranlassung geben.)
21. Delbet, Salpingite, grossesse et appendicite. Soc. des chir. de Paris. 16 Févr. La Presse méd. Nr. 20.
22. Edelberg, Ein Beitrag zur Kasuistik des Hydrops tubo-ovarialis profluens. Gyn. Rundschau. Jahrg. VI. Heft 16. (45jährige Frau, hatte mit 20 Jahren einmal ge-

boren, seitdem steril. Seit neun Jahren gelblicher Ausfluss, der sich regelmässig alle vier Wochen einstellt. Untersuchung: Harter Tumor im Unterleibe bis zur Mitte zwischen Nabel und Symphyse reichend, nach unten dem hinteren Vaginalgewölbe aufliegend. Bei Druck auf den Tumor entleert sich ein reichlicher Strahl gelbgrüner Flüssigkeit aus dem Muttermund. Kolpocoeliotomia posterior: Exstirpation einer grossen Tuboovarialzyste.)

22a. Falgowski, W., Über die entzündlichen Adnexerkrankungen einschliesslich para- und perimetritischer Entzündungsvorgänge. Sammelbericht über die bezügliche Literatur des Jahres 1910. Gaz. Lekarska. Nr. 8, 9, 10.

23. Farbach, Spezific treatment of pyosalpinx. Med. record. April. p. 662.

24. Ferguson, A case of pyosalpinx successfully removed by abdominal section during the puerperium. Edinburgh Obst. Soc. Jan. 10. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Febr. (Die Operation der Pyosalpinx wurde am 17. Tage nach Frühgeburt im fünften Monat durch Laparotomie vorgenommen, der Eiter enthielt Streptokokken und Staphylokokken, vaginale Drainage, Heilung. Die Entstehung der Pyosalpinx wird in die Schwangerschaft verlegt (?).)

24a. — Double tuberculous pyosalpinx. Edinburgh Obst. Soc. March 13. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. March.

25. Flesch, Vorfall der Fimbria in die Wundnarbe nach vaginaler Totalexstirpation der Gebärmutter. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 7. p. 365.

25a. Forssner, Hj., Ein ungewöhnlicher Fall von doppelseitigem Salpinxtumor. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. Nr. 10. (Silas Lindquist.)

26. Fraenkel, Beiträge zur Pathologie und Therapie der Salpingitis. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 459 u. 500.

26a. *Gaifami, P. jun., La Tubercolosi papillare delle trombe di Falloppio. Die papilläre Tuberkulose der Eileiter. Pathologica Genova 1912, Juli.
(Artom di Sant' Agnese.)

27. Gatellier, Appendicite et salpingite. Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris. 1911. 8 Déc. Nr. 10. p. 716.

28. Gellhorn, Salpingostomy and pregnancy. Surg., Gyn. and Obst. 1911. XIII. Nr. 1. Juillet. Ref. Rev. de Gyn. et de Chir. abd. Déc. 1911. p. 584.

29. Goinard, Hernie inguinale contenant la trompe, l'ovaire et une corne d'utérus bifide. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 4. Avril. p. 371.

30. Gradl, Schwangerschaft nach doppelseitiger Pyosalpinx. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 533.

31. Grote, Hämatosalpinx nach Atmokausis. Geb. Ges. in Hamburg. 5. März. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. p. 710.

32. Hanras, La rupture des pyosalpinx. Thèse Paris 1911. Ref. Revue de gyn. et de chir. abd. Déc. 1911. p. 584.

33. Heineck, Hernias of the ovary and Fallopiau tube. Surg., Gyn. and Obst. XV. p. 63.

34. *Heynemann, Zur Ätiologie der Pyosalpinx. Mit besonderer Berücksichtigung der histologischen Befunde. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70.

35. Hörrmann, Demonstration von Tubo-Ovarialzysten. Münchn. gyn. Ges. 15. Dez. 1911. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 10. p. 306.

36. Jacobson, Die Erfolge der konservativen Operation der Eileiter und der Eierstöcke. Samml. von Arbeiten über Geb. u. Gyn. Festschr. f. v. Ott. Teil II. Petersburg 1911.

37. Jahoub, Salpingostomie, gefolgt von Malariakoma. Folgende Eventration, Naht und Heilung. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Tome 7. Heft 1.

38. v. Jaworski, J., Trauma als Ursache für das Platzen von Tubeneitersäcken mit Entleerung des Eiters in die Bauchhöhle. Gaz. Lekarska. Nr. 7. u. 8 (Polnisch.) Dieselbe Arbeit deutsch veröffentlicht in der Gyn. Rundschau. Nr. 13.
(v. Neugebauer.)

39. Jeanneret, Contribution à l'étude du chorion-épithéliome de la trompe. Revue méd. de la Suisse romande. Tome 32. Nr. 5. 20 Mai.

40. Johnson, Sven., Einige Worte über die Behandlung der freien Salpingitoperitonitis. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. Nr. 10.
(Silas Lindquist.)

41. Jouin, Etude de l'étranglement des Hernies de la trompe de Fallope. Thèse de Bordeaux. 1910. Ref. Revue de Gyn. et de Chir. abd. Juin 1911. p. 642.

41a. Kaarsberg, Haematosalpinx dextr. Uterus unicorn. sin. (Demonstration.) Ges. f. Gyn. u. Obst. 8. Nov. 1911. Ref. Ugeskrift for Laeger. p. 1232. (O. Horn.)
41b. Karakos, Über primären Tubenkrebs. Russki Wratsch. Nr. 14. (Bei einer 55jährigen IIpara [einzige Beschwerde Harnverhaltung] wurde per laparotomiam ein Tubentumor entfernt, der sich als Tubenkrebs erwies. Länge der Tube 40 cm; maximaler Umfang 23,5 cm. Eingehende mikroskopische Untersuchung. Dass die Neubildung primär ist, wird dadurch bewiesen, dass 1. der Uterus und die rechten Adnexe vollkommen gesund sind, 2. der maligne Prozess von der Tubenmukosa ausgeht und 3. dass der entfernte Eierstock und das uterine Tubenende normal sind.) (H. Jentter.)
42. *Katz, Untersuchungen über die Veränderungen der Fallopischen Tube im Ablauf verschiedener physiologischer Zustände. Revue de gyn. Tome 16. Nr. 5.
43. — Fallopian Tube. Thèse de Nancy. 1911. Ref. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Nov. 1911. p. 262.
44. v. Klein, Isolierte Stieltorsion einer Saktosalpinx. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. 23. März. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 655.
44a. Kubinyi, Pál, Primaer tubarák operált esete. Aus der Sitzg. d. gyn. Sekt. des kgl. Ärztevereins am 5. März. Réf. Orvosi Hetilap. Gyn. Nr. 3. (Bericht über einen Fall von primärem Eileiterkrebs. Bei der Operation wurden am Netze sekundäre Knoten beobachtet und musste daher von einer Radikaloperation abgesehen werden.) (Temesváry.)
45. Kühl, Ein Symptom für Salpingitis. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 8. p. 424. (Angeblich soll bei reiner Salpingitis, ohne Beteiligung der Appendix, ein langsamer Puls trotz hohen Fiebers bestehen.)
46. Lamouroux, Les péritonites diffuses par rupture de pyosalpinx. Thèse de Paris.
47. Landecker, Beitrag zur Pathologie und Therapie der Pyosalpinx. Inaug.-Diss. München 1911.
48. Leighton, Lymphangiome der Tube. Amer. Journ. of Obst. and disease of women and children. April. (Der fünfte veröffentlichte Fall. Tumor hat noch nicht Erbsengrösse. Wurde von Frankl demonstriert. Gyn. Rundschau. p. 466.)
48a. Lesniowski, A., Die Therapie der Tubeneitersäcke. Przeglad chir. i gin. Bd. 6. Heft 3. p. 268—328. (Polnisch.) (Lesniowski liefert eine eingehende Besprechung der gesamten Frage im Anschluss an drei eigene schwere Fälle und kommt zu folgenden 14 Schlussfolgerungen: 1. Ein grosser Teil der Tubeneitersäcke enthält noch lebende und virulente Mikroorganismen. 2. Bei dem heutigen Stande der Wissenschaft haben wir noch zu wenig Grundlagen, auf Grund welcher die von verschiedenartiger Infektion herrührenden Tubeneiterungen voneinander unterschieden werden könnten. 3. Wir haben keine Möglichkeit, eine bevorstehende Perforation eines solchen Eitersackes in die Bauchhöhle vorauszusehen, resp. einer solchen vorzubeugen. 4. Die Spontanausheilung eines Tubeneitersackes ist nicht häufig und haben wir kein Kriterium dafür, welche Sorten der Tubeneiterungen eventuell mehr oder welche weniger zur Spontanheilung geneigt sind. 5. Eine Perforation einer Pyosalpinx in die Blase oder den Darm führt sehr selten zur Ausheilung. 6. Ruptur eines solchen Eitersackes verlangt sofortige Operation. 7. In chronisch verlaufenden Fällen ist anfangs konservative Therapie zu versuchen, wo diese versagt, namentlich wenn es sich um Frauen aus der arbeitenden Klasse handelt, Operation angezeigt, um so mehr, als meist auch Uterus und Ovarien miterkrankt sind. 8. Der beste Operationsweg ist der Bauchschnitt. 9. Im Falle einseitiger Erkrankung einseitige Operation, bei beiderseitiger Pyosalpinx beiderseitige Operation mit supravaginaler Uterusamputation. 10. Der vaginale Weg ist nur für wenige Fälle geeignet. 11. Der in die Bauchhöhle etwa sich ergiessende Eiter muss mit trockenen Tupfern beseitigt werden, niemals aber ausgespült. 12. Bei komplizierten Fällen ist es immer gut, prophylaktisch einen Mikuliczsack einzulegen. 13. Die vesikalen und intestinalen Fisteln der Pyosalpinxsäcke sind keine Kontraindikation für die Operation. 14. Tuberkulöse Salpingitis ist bei jungen Mädchen konservativ zu behandeln, bei Frauen über 30 Jahre aber operativ.) (v. Neugebauer.)
49. Mc Glinn, General peritonitis following spontanous rupture of a pyosalpinx. Amer. Journ. of Surg. Vol. 7. p. 276.
50. Miles, Philipps, Chorion-epithelioma of Fallopian Tube. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. Dec. 1911.
51. *Miller, Über die histologische Differentialdiagnose der gonorrhoischen Salpingitis. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 211 u. 238.

51a. *Montanelli, Su gli ascessi freddi della tuba e sulla tubercolosi papillare della mucosa tubarica. Über die kalten Abszesse der Tuba und über die Papillartuberkulose der Tubenschleimhaut. La Ginecologia, Firenze, IX. 14.
(Artom di Sant' Agnese.)
52. Moritz, Eva, Wurmfortsatzveränderungen nach Tubenentzündungen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. p. 404.
53. Müglich, Fall von Tubendermoid. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. 25. Nov. 1911. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 105. (Tubenlumen, ausgefüllt mit fettiger Schmiere, innerhalb welcher sich der eigentliche Embryomkörper fand, der mit der Tubenwand in dünner Stielverbindung stand. Bisher sind nur 11 Fälle von Tubendermoid bekannt, Fall von Orthmann ist eingehend beschrieben.)
53a. De Nicola, Ascesso freddo tubarico. Kalter Tubenabszess. Atti Soc. Ital. Ostetr. e Ginec. Vol. XVIII. (Artom di Sant' Agnese.)
54. Nigel, Dermoid tumour of both Fallopian tubes. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. Oct. p. 217.
55. Ozenne, A propos du traitement des salpingites. Soc. des chir. de Paris. 26 Avril. La Presse méd. 18 Mai. Nr. 41.
56. Pakowski et Ségard, Hernie de la trompe et de l'ovaire. Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris. 1911. 27 Oct. Nr. 8. p. 615.
57. Patel, Uterusfibrom mit gleichzeitiger Salpingitis und Pelveoperitonitis. Lyon méd. 1911. Nr. 1.
58. Péraire, A propos d'un cas de grossesse normale chez une malade atteinte huit mois anparavant de salpingite double et de pelvi-péritonite aigues traitées médicalement. Soc. des chir. de Paris. 15 Mars. Ref. La Presse méd. 6 Avril. Nr. 28.
59. *Philips, A case of chorionepithelioma of the Fallopian tube. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Dec. 1911. p. 302. (Die Patientin von Philips [59] war 28 Jahre alt, hatte drei Kinder geboren. Es handelte sich um Chorionepitheliom der linken Tube, welche entfernt wurde, das linke Ovarium und die rechten Adnexe waren normal. Nach sieben Wochen Rezidiv. Totalexstirpation, Entfernung von Metastasen im linken Lig. latum und von der Blase, Rezidive im Mesenterium konnten nicht entfernt werden. Drei Jahre nach der zweiten Operation war Patientin noch rezidivfrei.)
60. Pozzi und Bender, Untersuchung über einige Fälle von Ossifikation des Ovariums und der Tube. Revue de gyn. Tome 18. Nr. 2. (Knochen findet sich in der Tube sehr selten. Es liegen bis jetzt vier Beobachtungen vor. Einmal in einem Falle Michauds diffuse Ossifikation, dreimal umschriebene Knochenherde (Emilianoff, Pozzi und Bender). In den beiden Fällen der letzteren Autoren hatten die Tuben das Aussehen der Salpingitis isthmica nodosa.)
61. Remusat, Chronic Salpingo-ovaritis. Thèse de Lille. 1911. Rev. in L'obst. Août 1911. Ref. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Oct. 1911. p. 210.
61a. Risel, 11 Fälle von Chorionepitheliom der Tube bis 1905 gesammelt. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 56.
62. Rossier, Ein Fall von Chorionepithelioma malignum der Tube infolge von Extrauterinschwangerschaft. Arch. f. Gyn. Bd. 97. p. 367.
64. Roux, In das Rektum perforierte tuberkulöse Pyosalpinx. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 116.
65. *Santi, Betrachtungen über die Adenomyome der Tube. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 71. p. 641.
66. Schmidhauser, Beitrag zur Pathologie und Therapie der Pyosalpinx. Inaug.-Diss. Greifswald 1911.
66a. Schmidlechner, Károly, Adatok a primaer tubacarcinoma ismeretéhez. Orvosi Hetilap. Gyn. Nr. 2. (Bericht über einen Fall von primärem Eileiterkrebs.)
(Temesváry.)
67. Sencert, A propos d'un cas de papillome de la trompe. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 4. Avril. p. 398.
68. Sippel, Uterus mit stark hypertrophischer Muskularis, submukösem Kugelmyom der hinteren Korpuswand und doppelseitiger Hämatosalpinx. Auf dem Durchschnitt des Myoms frisch thrombosierte grössere Vene. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. 15. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. p. 1247.
68a. Slowzow, Ein Fall von Peritonitis ex salpingitide bei einem kleinen Mädchen, welche für akute perforierte Appendizitis gehalten wurde. Wratsch. Gaz. Nr. 49. (Patientin

war 10 Jahre alt. Bei der Laparotomie wurde freies serofibrinöses Exsudat gefunden. Appendix frei. Doppelseitige Salpingitis. Tamponade des Beckens. Heilung. Im Exsudat fanden sich keinerlei Mikroorganismen. Verf. rät energisch von Spülungen der Bauchhöhle ab.) (H. Jentter.)

68b. Solowij, Demonstration von operierten Pyosalpingen unter Betonung, dass in mehreren der Fälle zufällig auch Uterusmyome vorhanden waren. Lemberger Ärztl. Ges. am 12. Jan. Tygodnik Lekarski Lwowski. Nr. 4. p. 56. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)

69. Stark, Dermoid tumour of both Fallopian tubes. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Oct. Vol. 22. Nr. 4.

70. — Akute Drehung normaler Adnexe mit Hämatosalpinxbildung. Journ. of Obst. and Gyn. 1911. Nr. 2. (Bei einer 46jährigen gesunden Virgo traten 1—2 Tage nach den bis dahin regelmässigen Menses drei Schmerzattacken im Unterleibe ohne Temperatursteigerung auf. Die innere Untersuchung ergab eine leichte Vergrösserung der linken Tube, die Laparotomie zeigte ihre dreimalige vollständige Drehung; das Gewebe war an den Drehungsstellen fast nekrotisch, am distalen Ende Hämatosalpinxbildung. In der Bauchhöhle fand sich freies Blut, bei der mikroskopischen Untersuchung keine Schwangerschaftsveränderungen in der Tube. Resektion der Tube. Heilung. Ein ähnlicher Fall wurde von Aulhorn publiziert. Ätiologie unklar.)

71. Taddei, Sulla funzione secretoria e sulla funzione menstruale della tuba uterina. La Ginec. VIII. 18. p. 537.

72. Vernié, Contribution à l'étude de la torsion de l'hydrosalpinx. Thèse de Paris. 1911—1912.

73. Wallart, Beitrag zur Frage der Schwangerschaftsveränderungen der Tube. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 554.

74. Werner, Tubarsterilisation als eine Präventivmassregel. New York med. Journ. Nr. 19. 1911. (In Fällen, wo es notwendig wird, die Konzeption zu verhindern, wie bei Tuberkulose, Herzkrankheiten, engem Becken, empfiehlt Verf. die doppelte Unterbindung der Eileiter. Zwei Ligaturen werden je ½ und 1 Zoll von der Gebärmutter an die Eileiter gelegt und letztere zwischen den Ligaturen durchschnitten.) (In Deutschland sah man sehr häufig nach dieser „Präventivoperation" neue Schwangerschaft eintreten. Anm. d. Ref.)

75. *Wiesinger, Drei Fälle von primärem Karzinom der Tube. Gyn. Rundsch. H. 13. p. 473.

76. Wolff, Riesenhämatosalpinx. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 19. Mai. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 353.

77. — Lässt sich nur aus der zytologischen Untersuchung des Tubeneiters die Diagnose gonorrhoische Salpingitis stellen? Zentralbl. f. Gyn. Nr. 49. p. 164.

78. Zwet, Peritonitis, ausgehend von einer gonorrhoischen Infektion der Tuben. Inaug.-Diss. München.

79. Zurhelle, Spontaner Durchbruch vereiterter Tuben in die Blase. Zeitschr. f. gyn. Urol. 1911. II. Fasc. 6. Ref. Rev. de gyn. et de chir. abd. Déc. 1911. p. 584.

Mit den Nachprüfungen der früheren Angaben Schriddes über die histologische Diagnose der gonorrhoischen Pyosalpinx haben sich Heynemann (34), weiter Miller (51) befasst. Ersterer hat 47 Pyosalpingen untersucht. In zwei Fällen, die zur Sektion kamen, handelte es sich um puerperale Infektionen, in den anderen 45 waren die Tuben durch Laparotomie exstirpiert; 17 mal gelang es, Keime nachzuweisen und zwar 10 mal Gonokokken, 5 mal Streptokokken, 1 mal Staphylokokken und 1 mal Tuberkelbazillen. Durch die histologische Untersuchung der gewonnenen Präparate hat Heynemann die Überzeugung gewonnen, dass, abgesehen von dem wissenschaftlichen Interesse der Befunde Schriddes diese bis zu einem gewissen Grade für die Diagnose der Ätiologie der Pyosalpinx verwandt werden können. Nach Heynemanns Befunden kommen als Erreger der Pyosalpinx in $^{2}/_{3}$ der Fälle Gonokokken, in $^{1}/_{4}$ der Fälle puerperalseptische Prozesse, in $^{1}/_{10}$ der Fälle Tuberkelbazillen und nur ausnahmsweise Appendizitis und andere Ursachen in Betracht.

Miller kann nach seinen Untersuchungen die Befunde Schriddes dagegen absolut nicht bestätigen. Die von Schridde für die durch den Gonococcus verursachten Salpingitiden und Pyosalpingen angegebenen histologischen Kriterien

finden sich mehr oder weniger ausgeprägt auch bei sicher nicht gonorrhoischen Tubenentzündungen, können aber auch bei letzteren fehlen. Die Plasmazellen vor allen Dingen besitzen nach Miller nicht die geringste differentialdiagnostische Bedeutung. Sie können ebensogut auch bei Tuberkulose als auch bei anderen Pyosalpingen verschiedener Ätiologie nicht nur im Gewebe, sondern auch im freien Exsudat vorhanden sein.

Ebenso wie Miller verhält sich auch Wolff (77) den Schriddeschen Befunden gegenüber ablehnend. Er kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Schlüssen. Das Zellbild des Tubeneiters, dem Schridde eine besondere Bedeutung für die Diagnosenbildung zuschreibt, ist uncharakteristisch. Denn sowohl bei der Tubentuberkulose, als auch bei der Streptokokken- und Staphylokokkensalpingitis können sich ziemlich hohe Plasmazahlen im Eiter finden. Ebensowenig wie dem Plasmazellenvorkommen im Gewebe der Tuben oder den anderen Zeichen Schriddes ist das reichliche Vorkommen von Zellen der Lymphozytenreihe im Tubeninhalt für die ätiologische Diagnose zu verwerten.

Katz (42) hat normale Tuben während verschiedener physiologischer Vorgänge am weiblichen Genitalapparat untersucht. Im Beginne der Schwangerschaft findet man Veränderungen am Epithel und am Bindegewebe der Tuben. Ersteres zeigt eine schleimige Umwandlung, eine Vermehrung der Keimzellen mit Verlust der Flimmerhaare. Verantwortlich für diese Veränderungen ist die innere Sekretion des Corpus luteum. Die Veränderungen am Epithel sind geringer ausgesprochen während der Menstruation. In dem Bindegewebe findet man während der Gravidität vergrösserte, aufgeblähte Bindegewebszellen, ähnlich der Decidua. Praktisch sind nach Ansicht des Verfassers diese Befunde wichtig, weil die schleimige Umwandlung des Tubenepithels für die Weiterbewegung des befruchteten Eies hinderlich sein und damit der Grund für eine ektopische Gravidität gegeben werden könne.

Wallart (73) hat Untersuchungen über die Schwangerschaftsveränderungen der Tuben angestellt. Das ganze Gewebe der Tube hat histologisch ein gequollenes Aussehen. Alle Zellen, alle Bindegewebsfasern erscheinen voller und saftiger. Um kleine Gefässe herum können Ansammlungen von weissen Blutkörperchen vorkommen, Bilder, die auf den ersten Blick wie Riesenzellen imponieren. Die Deciduabildung findet man oft in ausgedehnter Weise in der Tube. Die Deciduazellen enthaltenden Schleimhautfalten können kolbig aufgetrieben sein. Der Epithelsaum kann stellenweise syncytialen Charakter annehmen.

Santi (65) beschreibt in den Tuben eines wegen Uterusfibrom bei einer 47 jährigen Frau total exstirpierten Genitalapparates vier kleine Knötchen, welche bei mikroskopischer Untersuchung in Serienschnitten sich als wahre Neubildungen, als Tubenadenome erwiesen. Der Verfasser führt die Bildung dieser Adenome nicht auf entzündliche Prozesse, sondern auf embryonale Gewebseinschlüsse zurück.

Wiesinger (75) beschreibt 3 Fälle von Tubenkarzinom. Im ersten Fall handelte es sich um einen einseitigen, männerfaustgrossen Tumor bei gleichzeitigem Ovarialkystom derselben Seite. Im zweiten Fall waren es doppelseitige, faustgrosse Tumoren, im dritten Fall handelte es sich ebenfalls um Kombination mit Ovarialkystom, die karzinomatösen Tuben sahen aus wie entzündliche Saktosalpingen. Fall 1 war nach 13 Jahren, Fall 2 nach 3 Jahren noch rezidivfrei, die dritte Patientin starb an postoperativer Sepsis. Aszites fehlte in allen Fällen, die Klagen der Kranken bestanden in Blutungen, Schmerzen und Fluor.

Gaifami (26a) lenkt die Aufmerksamkeit auf eine anatomische Form, welche die Tubentuberkulose annehmen kann und die durch eine Produktion multipler Vegetationen in Papillenform, besonders am Ostium abdominale tubae, charakterisiert wird. Mikroskopisch findet man ausser den tuberkulösen Kennzeichen eine ausgiebige Stratifikation des Tubenepithels, mit stellenweisem Auftreten inter- und extrazellulärer Vakuolen. Die anatomische Form erinnert makro- und mikroskopisch an die papilläre Tuberkulose der Cervix. Verf. hebt die diesbezüglich in den gynä-

kologischen Lehrbüchern bestehende Lücke hervor, da dieselben eine solche papilläre Form von tuberkulöser Salpingitis nicht erwähnen, während die papilläre Tuberkulose tatsächlich eine makro- und mikroskopische Individualität darstellt.

(Artom di Sant' Agnese.)

Nach Montanelli (51b) wird die Tubentuberkulose fast stets bei jungen Frauen und Nulliparen, häufig auch bei Virgines angetroffen. Die kalten Abszesse der Tuba sind oft beweglich und verwechseln sich mit langgestielten Eierstockzysten; sie können sich in die Peritonealhöhle oder (nach Verwachsungen) in die Blase oder in den Darm entleeren. Bezüglich der Pathogenese bezieht sich Verf. auf die sehr häufigen Fälle der latenten Tuberkulose und nimmt viel eher die Blutbahn als die aufsteigende an. In diesen Abszessen findet man fast nie den Tuberkelbazillus rein, sondern in Symbiose mit anderen Bazillen, die durch die Blutbahn zugeführt wurden, oder mit dem vom Darm aus eingewanderten B. coli. Indem sich Verf. auf die im vorigen Jahre von Gaifami „Pathologia IV, Nr. 91" veröffentlichten Fälle von papillärer Tuberkulose der Tubenschleimhaut beruft, illustriert er einen anderen ähnlichen Fall, den er als einen sehr seltenen anführt, da es der einzige innerhalb 7 Jahren war, der in der Klinik zu Florenz unter 100 an Salpinxtuberkulose operierten Frauen gefunden wurde. Dieser Fall sowie jener Gaifamis können sich erklären, wenn man eine leichte, langsame, andauernde Reizung dieser Gewebe annimmt, die auf die abgeschwächte toxische Wirkung des Bazillus, infolgedessen die Hyperplasie der Epithelelemente auftritt, zurückzuführen ist. (Artom di Sant' Agnese.)

XI.

Ovarien.

Referent: Privatdozent Dr. Theodor Heynemann.

I. Abschnitt.

1. Anatomie, Physiologie, Biologie, Entwickelungsstörungen, Lagerungsfehler, Allgemeines über Ovarialerkrankungen.

(s. a. unter 1a und 16.)

1. *Adachi, S., Histologische Untersuchungen an Ovarien bei sogenannten metritischen Blutungen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 345.
2. *Aschner, B., Über die Beziehungen zwischen Hypophysis und Genitale. Arch. f. Gyn. Bd. 97. p. 200.
3. Auvray, Un cas de torsion spontanée de la trompe et de l'ovaire normaux. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 8 Juillet. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. Nr. 7. p. 727. (Mädchen von 14½ Jahren, stets gesund, erscheint mit der Diagnose Appendizitis, 38°. Drei Wochen später nach Verschwinden der akuten Erscheinungen Laparotomie. Appendix dabei gesund befunden. Rechte Tube doppelt torquiert, wird abgetragen. Mikroskopisch keine entzündlichen Erscheinungen.)
4. Baisch, K., Behandlung der funktionellen Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane. Handb. d. modernen Therapie von Penzoldt und Stinzing. 4. Aufl. Bd. 7.

5. Basch, Karl, Plazenta, Fötus und Ovarium in ihrer Beziehung zur experimentellen Milchauslösung. Arch. f. Gyn. Bd. 96. p. 204. (Polemik gegen Aschner und Grigoriu, Arch. f. Gyn. 1911. Bd. 94.)
6. *Below, N. A., Glandula lutea und Ovarium in ihrem Verhalten zu den normalen physiologischen und pathologischen Vorgängen im weiblichen Organismus. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 679.
7. Bender, Deux cas d'ossification de l'ovaire. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 11 Mars. Presse méd. Nr. 24. p. 247.
8. Berche, Ovarieninsuffizienz und Augenerkrankung. Thèse de Paris. 1911. (Iridozyklitis mit Erfolg behandelt durch Ovotherapie.)
9. Bonneau, Raymond, Hémorrhagie intra-péritonéale récidivante par rupture du follicule de Graaf. Soc. des chir. de Paris. 13 Déc. Presse méd. 1913. Nr. 3. p. 25. (Abdominale Uterusexstirpation wegen eines kleinen, aber stark blutenden myomatösen Uterus. Bei Eröffnung der Bauchhöhle finden sich 300 g flüssigen, roten Blutes im Douglas, in dem alte Verwachsungen vorhanden sind. Die frische Blutung kam aus einem vor kurzem geplatzten Graafschen Follikel des linken Ovariums. Verf. meint, dass die alten Verwachsungen im Douglas vielleicht von ähnlichen, früheren Vorgängen herrührten und dass in solchen Blutungen vielleicht überhaupt die Ursache von Verwachsungen zu suchen sei, bei denen eine andere Ätiologie nicht festzustellen sei. Bei der Patientin bestand keine Hämophilie.)
10. Cenci, Carlo, Die Beziehungen des Gehirns zur Ovarialfunktion. Arch. ital. per le mal. nerv. e med. Vol. 38. Agosto.
11. *Cohn, Franz, Die innersekretorischen Beziehungen zwischen Mamma und Ovarium. Greifswalder med. Verein. 7. Juni. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 47. p. 2245.
12. *— Die klinische Bedeutung der Follikelsprungstellen im Ovarium. Greifswalder med. Verein. Sitzg. vom 26. Jan. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 16. p. 780.
13. Cranwell, Intraperitoneale Blutung aus einem rupturierten Graafschen Follikel. Ann. de gyn. et d'obst. Avril. Journ. of Obst. of the Brit. Emp. June. p. 355. (30jährige Patientin, Menstruation stets regelmässig, vorher drei Geburten durchgemacht. Plötzlich mit heftigen Leibschmerzen erkrankt, die acht Tage anhielten. Sie bot die Zeichen der Extrauteringravidität. Bei der Operation zeigten sich die Tuben gesund. Das eine Ovarium hatte aus einer kleinen Öffnung an der Oberfläche das Blut entleert. Hier befand sich ein geplatzter Graafscher Follikel. Zeichen einer Ovarialgravidität waren nicht zu finden.)
14. *Davidson, H. S., Three cases of transplantation of the ovary. Edinburgh Obst. Soc. March 13. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. March. p. 189. The Lancet. March 30. p. 871.
15. Delvez, L., Inondation péritonéale d'origine génitale en dehors de la grossesse. Le scalpel et liège méd. 29 Déc. Tome 65. Nr. 26. p. 433. (Bei zwei virginellen Personen plötzlich heftigste Schmerzen im Unterleib und Kollaps. Diagnosen: Appendizitis und Gallenblasenaffektion. Laparotomie. Bei beiden intraabdominelle Blutung, vom Ovarium ausgehend. Nach Entfernung der blutenden Ovarien Heilung. Die Untersuchung der Ovarien ergab eine mit Blutgerinnsel gefüllte zystische Höhle, die der Epithelbekleidung beraubt war. Für das Vorliegen einer Ovarialschwangerschaft liess sich nichts nachweisen.)
16. Donald, Case of ovarian haemorrhage. North of England Obst. and Gyn. Soc. Febr. 16. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Bd. 21. Nr. 2. p. 116. (Blut in der Bauchhöhle im Zusammenhang mit dem linken Ovarium. Hier liessen sich Luteinzellen nachweisen. Eine Ovarialschwangerschaft war nicht sicher festzustellen.)
17. *Engel, Emil, Kann die Ovarialtransplantation als erfolgreiche Behandlung der Ausfallserscheinungen kastrierter Frauen angesehen werden? Berl. med. Ges. Sitzg vom 20. März. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 21. p. 985.
18. *Fornero, A., Lapparato reticolare interno nelle fibrocellule muscolo-connettivali dellovaio e sue modificazione ed alterazioni. Der innere Netzapparat der Muskel-Bindegewebsfaserzellen des Eierstockes; seine Modifikationen und Veränderungen. La Ginecologia Firenze IX. Fasz. 11. p. 335. (Artom di Sant' Agnese.)
19. *Fuss, A., Über die Geschlechtszellen des Menschen und der Säugetiere. Arch. f. mikr. Anat. Bd. 71. Abt. 2.
20. *Gambarow, Zur Wirkung der Ovarialextrakte auf die Organe der Blutzirkulation. Zur Frage über die innere Sekretion der Eierstöcke. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Dez. (H. Jentter.)

21. Gambarow, Zur Wirkung der Ovarialextrakte auf das Gefässsystem und ihre Beziehung zur Schilddrüse. Diss. Moskau. (Zu seinen Versuchen brauchte Gambarow Extrakte aus den Ovarien von Kühen; die Versuchstiere waren Hunde und Frösche. Er fand keinerlei Antagonismus zwischen den Extrakten aus dem ganzen Eierstock und aus den Corpora lutea, im Gegenteil, die Analogie war eine vollkommene. Bei intravenöser Injektion ergaben sie Erhöhung des Blutdruckes und Pulsverlangsamung [Reizung des vasomotorischen Zentrums]. Ausserdem kontrahieren sie die Gefässwände [Versuche an isolierten Gefässen] und wirken auf den Herzmuskel, indem sie seine Tätigkeit verlangsamen. Nach Exstirpation der Schilddrüse wirken die Ovarialextrakte nicht mehr blutdrucksteigernd, sondern erniedrigend. Der Ausfall der Schilddrüsenfunktion löst eine verminderte Reizbarkeit des sympatischen Systems aus, was mit Senkung des Blutdruckes verbunden ist.) (H. Jentter.)

22. Handtke, R., Die innere Sekretion des Ovarium. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 95. Sammelreferat.

23. Hannes, Walter, Ovarialgravidität. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. p. 269. (27jährige Frau, Verdacht auf Tubargravidität, Laparotomie, in der Bauchhöhle Blut. Rechts kinderfaustgrosser Tumor des Ovariums, Tube ist normal und in keiner Weise am Tumor beteiligt. Mikroskopisch: durchblutetes Ovarialgewebe, Zotten und Zellverbände decidualer Natur. Mit Rücksicht auf das Fehlen eines Corpus luteum wird an die Möglichkeit der intrafollikulären Einbettung gedacht. Tube auch mikroskopisch völlig normal.)

24. Heineck, Hernias of the ovary, of the Fallopian tube, and of the Fallopian and ovary. Surg., Gyn. and Obst. July. Vol. 15. Nr. 1. Ref. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. August. p. 105. (Zusammenstellung der Fälle aus der französischen, englischen und deutschen Literatur von 1890—1910. Weitere Fälle werden mitgeteilt und Anatomie und Klinik der Erkrankung besprochen.)

25. Henkel, M., Ovarialhormone und Uterusmyome. Therapie der Gegenwart. 1911. Dez.

26. *Höhne und Linzenmeyer, Über Lagebestimmung der Ovarien an der Lebenden mit Rücksicht auf die Röntgenbestrahlung. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 457. Strahlentherapie. Heft 1. p. 141. Med. Ges. zu Kiel. Sitzg. vom 18. Juli. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 44. p. 2427.

27. *Isovesco, Henri, Les lipoides de l'ovaire du corps jaune et du testicule. Presse méd. 16 Oct. p. 845. Compt. rend. soc. biol. Tome 72. 6., 13., 20. Juli.

28. Kaarsberg, Haematoma ovarii end tubae. (Demonstration. Durch Torsion entstanden.) Ges. f. Gyn. u. Obst. 8. Nov. 1911. Ref. Ugeskrift for Laeger p. 1231. (O. Horn.)

29. Kaufmann, Zur Frage über die Wirkungsart der Produkte der inneren Sekretion auf den Organismus. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Nov. (Auf Grund zahlreicher Versuche an Tieren kommt Verf. zum Schluss, dass Sera mit Antigen aus Geschlechtsdrüsen eine komplementbindende Wirkung haben. Ruft das Antigen selbst Hämolyse hervor, so schwächen die Sera die hämolytische Wirkung. Es lässt sich in bezug auf das Binden des Komplements kein Geschlechtsunterschied konstatieren. Nach Exstirpation der Geschlechtsdrüsen wird dieselbe Reaktion erzielt, wie bei nichtoperierten Tieren. Sogar 10½ Monate nach der Exstirpation war im Serum der Tiere keine Veränderung zu konstatieren, welche ihre komplementbindende Fähigkeit alteriert hätte.) (H. Jentter.)

30. *Kawasoye, M., Kann ein transplantiertes Ovarium sich ebensogut entwickeln, wie ein in loco gebliebenes? Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 71. p. 325.

31. Keller, R., Blutgerinnungszeit und Ovarialfunktion. Arch. f. Gyn. Bd. 97. p. 540.

32. Kermauner, Fritz, Das Fehlen beider Keimdrüsen. Zieglers Beitr. Bd. 54. Heft 3. (Zusammenfassendes Referat.)

33. Léopold-Lévi, Migraine ovarienne. Soc. de Paris. Soc. de Biol. 10 Févr. Presse méd. Nr. 13. p. 137. (Ovarielle Migräne findet sich bei angeborener Migräne, nach operativer Entfernung der Ovarien und bei mangelhafter Ovarienfunktion.)

34. *Loeb, W., Milz- und Ovarialenzyme. Physiol. Ges. zu Berlin. Sitzg. vom 1. u. 15. Dez. 1911. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 15. p. 729.

35. Loeb und Gutmann, Ovarialenzyme. Biochem. Zeitschr. Bd. 41. p. 445.

36. *Mac Ilroy, L., Physiological influence of ovarian secretion. Royal soc. of med. sect. of obst. and gyn. June 6. Lancet. June 29. p. 1757. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. July. p. 19.

37. *Massone, Azione del Mesothoriumbromid sulle ovaie. Wirkung des Mesothoriumbromids auf die Eierstöcke. Atti della Società Ital. di Ostetr. e Ginec. Vol. XVIII. (Artom di Sant' Agnese.)

38. *Meyer, Robert, Beitrag zur Kenntnis der Röntgenstrahlenwirkung auf die anatomische Struktur des menschlichen Uterus und der Ovarien. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 529.

39. *Mulon, Corps biréfringents dans les glandes génitales. Soc. de Paris. Soc. de Biol. 10 Févr. Presse méd. Nr. 13. p. 137.

40. Nejelow, Neues über den Eierstock. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Jan. (H. Jentter.)

41. Nijhoff, G. C., Der Einfluss der Eierstöcke auf den weiblichen Organismus. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1. Hälfte. Nr. 16, 17 u. 18. (In einer kurzen Einleitung behandelt Verf. zunächst das Historische: Wie man die Bedeutung der Ovaria entdeckt hat; dann folgt eine Übersicht über den Einfluss dieser Geschlechtsdrüse auf das Wachstum und die Entwickelung der Gebärmutter, auf die Menstruation, auf die Einbettung des Eies und das Wachstum der Gebärmutter in der Schwangerschaft; auf die Milchdrüsen und auf andere Drüsen mit innerer Sekretion und auf die Entwickelung der sog. sekundären Geschlechtskennzeichen. Die Arbeit gibt einen klaren Überblick über den augenblicklichen Stand unserer Kenntnis von der Wirkung der Ovaria im besonderen und der Drüsen mit innerer Sekretion im allgemeinen, eignet sich jedoch nicht für ein kurzes Referat.) (Mendes de Léon.)

42. *Oliver, J., Question of an internal secretion from the human ovary. Journ. of Physiol. Vol. 4. Nr. 44. p. 355. Ref. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. July. p. 39.

43. Pawlowsky, Zur Chirurgie der Urogenitalsphäre, Therap. Obosren. 1911. Nr. 13. (Ovarientransplantation in die Bauchhöhle mit günstigem Ausgang.) (H. Jentter.)

44. *Pölzl, Anna, Kleinzystische Degeneration der Ovarien als wahrscheinliche Ursache unstillbarer Genitalblutungen. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 17. p. 623.

45. *Pozzi, S., et X. Bender, Recherches sur quelques cas d'ossification de l'ovaire et de la trompe. Revue de gyn. Tome 18. Nr. 2. p. 129.

46. Pozzi, Sur quelques cas d'ossification de l'ovaire et de la trompe. Acad. des scienc. 5 Févr. Presse méd. Nr. 13. p. 137.

47. Primrose, A., Intraperitoneale Blutung, hervorgerufen durch Ruptur eines Ovariums. Annales of Surg. Vol. 56. Nr. 235. p. 125. (I. 35jährige Frau, Menses nicht ausgeblieben, plötzlich Leibschmerzen und peritonitische Erscheinungen. Laparotomie. Reichlich Blut in der freien Bauchhöhle. Das linke Ovarium, etwas grösser wie gewöhnlich, zeigt an seinem freien Rande eine nussgrosse Blutzyste. Sie ist geplatzt, ein Blutgefäss spritzt. Entfernung der Anhänge und der Blutgerinnsel. Histologischer Befund: Grosses Corpus luteum mit frischer Ruptur, keine Zeichen von Gravidität. II. 40jährige Frau, Nullipara, Menses regelmässig, nicht ausgeblieben. Plötzlich heftiger Leibschmerz. Laparotomie wegen Verdacht auf Appendizitis. Reichlich Blut in der Bauchhöhle. Rechts Ovarium vergrössert. Nussgrosse Zyste, geplatzt, an ihr haftet ein Blutgerinnsel. Entfernung des Ovariums und des entzündeten und verwachsenen Wurmfortsatzes. Mikroskopischer Befund: Appendix ist entzündet, fibrinöseitrige Periappendizitis. Am Ovarium Reste eines geplatzten Graafschen Follikels. Keinerlei Zeichen von Schwangerschaft.)

48. Rathery, Fettleibigkeit infolge von Ovarialinsuffizienz. Journ. des prat. XXVII. (Frau mit starker Fettleibigkeit. Als Ursache wird eine mangelhafte Funktion des Ovariums angenommen. Diät: 1 Pint Milch, 2 Eier, 100 g Brot, 200 g Kartoffel; grünes Gemüse, Salat und Früchte nach Wunsch. Daneben Ovarialextrakt. In einer Woche nahm die Frau 2,9 kg ab.)

49. *Ritter, Hans, Klinische Beobachtungen über die Beeinflussung der Ovarien durch Röntgenstrahlen. Strahlentherapie. Bd. 1. Heft 1 u. 2. p. 138.

50. Ruef, Du prolapsus douloureux des ovaires. Thèse. Nancy 1911.

51. *Russell, A. W., Chronic ovarian pain as illustrated in the record of a case finally treated by double oophorectomy. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. August. p. 94.

52. *Schickele, G., Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Ovarien. Arch. f. Gyn. Bd. 97. p. 409.

53. *Schickele, Die sogenannten Ausfallserscheinungen. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 14. Mai. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 80 u. 354. Diskussion: Neu, Walthard, Jung, A. Mayer.
54. *— Innere Sekretion. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte. Deutsche med. Wochenschrift Nr. 40. p. 1907.
55. *— Untersuchungen über die innere Sekretion der Ovarien. Biochem. Zeitschr. Bd. 38. Heft 3 u. 4.
56. Serebrenikowa, Ein Fall von Eierstocksschwangerschaft. Arch. f. Gyn. Bd. 98. p. 525. (Im Graafschen Follikel entwickelte Ovarialgravidität.)
57. Ssolowiew, Der Einfluss der Extrakte aus Eierstock und Corpus luteum auf die Brustdrüse. Russki Wratsch. Nr. 14. (Ssolowiew hat Eierstock- und Corpus luteum-Extrakte Schweinen injiziert und fasst seine Erfahrungen in folgenden Schlusssätzen zusammen: Ovarialextrakte haben auf trächtige und laktierende Weibchen toxischen Einfluss, während sie den Allgemeinzustand virgineller Weibchen nicht beeinträchtigen. Extrakte aus Corpora lutea werden in derselben Dosierung von trächtigen, laktierenden und virginellen Tieren egal indifferent vertragen. Nach subkutaner Injektion von Extrakten aus Ovarialgewebe wird in den Brustdrüsen der Tiere, welche ein oder mehrere Male geworfen haben, Kolostrum ausgeschieden. Bei nulliparen Tieren sind die Brustdrüsen vergrössert, im Vergleich zu den Kontrolltieren. Corpus luteum-Extrakte rufen derlei Erscheinungen nicht hervor. Injektion von Ovarial- oder Corpus luteum-Extrakt laktierenden oder die Laktation bereits ausgesetzt habenden Tieren ergibt keine Vergrösserung des Milchquantums resp. Verlängerung der Milchabsonderung.) (H. Jentter.)
58. Szörényi, Über die Bedeutung der inneren Sekretion der Eierstöcke. Pest. med.-chir. Presse. Nr. 4.
59. *Voronoff, Transplantation des Ovariums. 25. franz. Chir.-Kongr. 7.—12. Okt. Presse méd. Nr. 87. 26 Oct. p. 879. Wiener med. Wochenschr. 1913. Nr. 3. p. 216.
60. *Wolz, Untersuchungen zur Morphologie der interstitiellen Eierstocksdrüse des Menschen. Arch. f. Gyn. Bd. 97. p. 131.
61. *Zoeppritz, B., Der Jodgehalt menschlicher Ovarien. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 35. p. 1848.
62. *Zuntz, L., Weitere Untersuchungen über den Einfluss der Ovarien auf den respiratorischen Stoffwechsel. Arch. f. Gyn. Bd. 96. p. 188.

Anatomie der Ovarien.

Höhne und Linzenmeier (26) fanden, dass beim Fehlen einer stärkeren Vergrösserung des Uterus die Lage der Ovarien nur in geringen Grenzen schwankt. Die Entfernung beider Ovarien betrug im Mittel 9,5 cm. Bei hypoplastischem Habitus und kleinen Quermassen kann die Zahl auf 7—8 cm heruntergehen, bei auffallend grossem und breitem Becken bis auf 13 cm ansteigen. Im Mittel betrug die Entfernung des rechten Ovariums von der Medianlinie gut 5 cm, die des linken knapp $4^1/_2$ cm. Die Projektionspunkte der Ovarien lagen bei Anteversioflexio uteri im Mittel ca. 2 cm unterhalb der Verbindungslinie der Spinae iliacae anter. sup. Die Ovarien lagen ausserdem in einer Tiefe von $4^1/_2$—$7^1/_2$, im Mittel 6—$6^1/_2$ cm unter der Bauchoberfläche.

Fuss (19) untersuchte drei menschliche Föten aus der 2.—4. Woche hinsichtlich der embryonalen Wanderung der Keimzellen. Die Geschlechtszellen treten im Stadium der Keimblattbildung zuerst im Entoderm auf. In den folgenden Entwickelungsstadien wandern sie nach dem Darmschluss durch das Mesenterium in die Keimregion ein und zwar teilweise durch amoeboide Eigenbewegung, teilweise passiv durch Gewebsverlagerung.

Wolz (60) kommt auf Grund histologischer Untersuchungen an den Ovarien 20 gravider Frauen und 2 Osteomalacischer zu dem Schluss, dass die Theca interna Zellen im Anfang der Schwangerschaft in erster Linie ein Nährstoffreservoir für die Granulosa, später aber vor allem eine Drüse mit innerer Sekretion wären. Die zystische Degeneration der Follikel stelle nur eine Vorstufe der Obliteration dar. Mehrere obliteriert atretische Follikel können miteinander verschmelzen, so dass ein

einheitlicher, gänzlich durch Thekaluteinzellen bestehender, grosser, kugliger Körper entsteht, bei dem eine Verwechselung mit Corpora lutea naheliegt. Die Theca interna bildet nicht die Matrix für die bindegewebige Invasion des gelben Körpers.

Fornero (18) wandte an Stückchen von frisch durch Operation gewonnenen Ovarien die neuere Methode Golgis (1908) zur Darstellung des inneren Netzes der Nervenzellen an. Auf Grund seiner Forschungen kommt er zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Die glatten Muskelfaserzellen sowie die Bindegewebszellen besitzen einen inneren, sehr deutlichen Netzapparat;
2. dieser sehr zarte Apparat ist häufig Strukturveränderungen und Modifikationen ausgesetzt;
3. diese Modifikationen und Veränderungen sind die Folge pathologischer Reize, welcher Natur sie auch sein mögen. Und dies scheint dem Verf. dadurch bewiesen, dass die von ihm beobachteten Faserzellen Eierstöcken mit Gebärmutterfibrom und Tubarschwangerschaft angehörten;
4. diese Modifikationen und Veränderungen, nicht nur in den in Frage stehenden Elementen, sondern in allen (und zwar auf Grund der Beobachtungen Marcoras und Riquiers, der eine infolge eines künstlichen, der andere eines natürlichen Prozesses) sind nicht als Folge eines besonderen Reizes (Infektion, Entzündung) aufzufassen, sondern als Antwort zu einem gewöhnlichen Reiz (Ernährungsveränderungen). (Artom di Sant' Agnese.)

Mulon (39). Verfettete, doppelt lichtbrechende Körper, wie man sie in den Nebennieren und anderen normalen und pathologischen Geweben findet, kommen in grosser Anzahl in den Geschlechtsdrüsen vor, im Corpus luteum, in den Thekazellen und in der interstitiellen Drüse. Sie scheinen häufiger zu sein in jungen Zellen und in keiner Weise ein Zeichen von Degeneration darzustellen. Man findet sie auch im Hoden. Nach Mulon sind sie zusammengesetzt aus Phosphatiden und Cholesterin.

Pozzi und Bender (45) berichten über 2 Fälle, bei denen sich innerhalb des Ovariums Knochengewebe fand mit deutlichen Knochenbälkchen und Osteoblasten. Einmal handelte es sich um eine diffuse Verknöcherung eines sklerotischen Ovariums, einmal um eine solche eines Corpus luteum. Nur fünf weitere Fälle fanden sie in der Literatur (Waldeyer, Pfannenstiel, E. Schroeder, Strauch). Alle anderen Fälle schalten sie aus, da es sich dabei nicht um Verknöcherungen, sondern um einfache Verkalkungen gehandelt habe. Ein Zusammenhang mit Teratomen glauben sie sicher ausschliessen zu können, da eben nur Knochengewebe vorhanden war. Auch Knorpelgewebe fehlte, sie nehmen daher an, dass der Knochen durch Umwandlung aus Bindegewebe entstand.

Ovarialveränderungen bei Uterusblutungen.

Adachi (1) untersuchte histologisch die Ovarien von zehn Frauen, die stark geblutet hatten und von 5 Frauen, bei denen dies nicht der Fall war. Ein deutlicher Unterschied der Befunde war nicht vorhanden. Es gibt in den Ovarien weder histologische noch grob makroskopische Veränderungen, die als Ursache der sog. metritischen Blutungen angesehen werden könnten.

Pölzl (44) berichtet über vier Patientinnen, bei denen schwere, zur Operation zwingende Genitalblutungen auftraten, ohne dass objektiv zunächst eine Ursache festzustellen war. Die Operation ergab stets eine kleinzystische Degeneration der Ovarien, die mit den Genitalblutungen in ursächlichen Zusammenhang gebracht wird.

Transplantation der Ovarien.

Davidsohn (14) berichtet über drei Transplantationen von Ovarien. Es handelte sich um Frauen unter 30 Jahren, bei denen die Ovarien entfernt werden

mussten, nachdem konservative Massregeln keinen Erfolg hatten. Sie wurden homoplastisch eingepflanzt. Ein Fall war ein vollständiger Misserfolg. Im zweiten Fall trat die Regel 7 Monate lang wieder auf. Es entwickelte sich ein Uterusmyom. Ausfallserscheinungen fehlten. Im dritten Fall blieb die Menstruation zunächst 3 Monate fort, tritt seitdem aber regelmässig auf. Durch die Transplantation würde wenn auch kein Fehlen, so doch eine Milderung der Ausfallserscheinungen erzielt werden können. Schmerzen an der Transplantationsstelle waren nicht vorhanden. In der anschliessenden Diskussion äussert Barbour mancherlei Bedenken gegen diese Deutung des Falles. Scott Carmichael berichtet über Ovarialtransplantationen bei 21 Kaninchen, 15 waren erfolgreich, sechs schlugen fehl. Der Erfolg hing ab vom Ort der Transplantation. Transplantation in die Muskulatur war erfolgreicher als eine solche ins Ligamentum latum oder das parietale Peritoneum.

Engel (17) stellte eine Patientin vor, bei der 1909 beide Ovarien entfernt wurden. Wegen heftiger Ausfallserscheinungen wurden ihr 1911 Ovarien einer anderen Frau in die Portio transplantiert, so dass ihr weiteres Verhalten gut kontrolliert werden konnte. Der Erfolg war ein ausgezeichneter. Die Beschwerden gingen langsam bis auf leichte Wallungen zurück. Beim Versagen anderer Mittel hält er daher dieses Verfahren bei starken Ausfallserscheinungen für empfehlenswert. In der anschliessenden Diskussion erheben Gottschalk und D. Munter Bedenken gegen diese Deutung des Falles. Ersterer hält den Beweis nicht für erbracht, dass tatsächlich funktionierendes Ovarialgewebe eingeheilt sei, letzterer wendet sich überhaupt gegen chirurgische Massnahmen zur Heilung von Psychosen. Er vermutet das Vorliegen einer hysterischen Psychose, bei der auch jede andere Therapie unter Umständen zum Ziele führen könne.

Voronoff (59) gelang es, bei Schafen mit Erfolg Ovarientransplantationen auszuführen. Ein Tier ist trächtig geworden. Die Tiere dürfen aber nicht verschiedenen Rassen angehören. Ferner sind für den Erfolg die hämolysierenden und agglutinierenden Eigenschaften des Blutes von Wichtigkeit.

Auf Grund experimenteller Untersuchungen an Kaninchen kommt Kawasoye (30) zu dem Schluss, dass in transplantierten Ovarien, auch wenn ein guter Einheilungserfolg erzielt wurde, deutliche Veränderungen wie Verödung und Atrophie auftreten. Die Erklärung ist in der verminderten Blutversorgung zu suchen. Bei in situ gebliebenen Ovarien waren diese Veränderungen viel geringeren Grades. Es ist daher notwendig, dass bei der Entfernung der Adnexe möglichst das ganze Ovarium oder ein Stück desselben unter möglichster Schonung der zuführenden Blutgefässe in situ zurückgelassen wird.

Veränderungen durch Röntgen- und Mesothoriumstrahlen.

Robert Meyer (38) fand bei fünf von sechs mit Röntgenstrahlen behandelten Frauen in den Ovarien degenerierte Eizellen und wenige Follikel, dagegen in 2 Fällen auffallend gut erhaltene Thekaluteinzellen und Follikelepithelräume, ja in einem ein ziemlich frisch erhaltenes, allerdings etwas zystisches Corpus luteum. Im 6. Falle waren recht viele Follikel und einzelne, anscheinend gut erhaltene Eizellen vorhanden.

Hans Ritter (49) gelang es nicht, durch Bestrahlung der Schilddrüsen die Menstruation zu beeinflussen. Er lehnt daher eine Beziehung zwischen Schilddrüse und Ovarien in dem Sinne, dass durch Bestrahlung der Schilddrüse eine Beeinflussung der Ovarialfunktion eintrete, ab.

Massone (37) hat die Wirkung des Mesothoriumbromids auf die Eierstöcke der Meerschweinchen durch die intakten Bauchwände hindurch und direkt auf die Eierstöcke laparotomierter Kaninchen studiert.

Er fand Volumabnahme und mikroskopische Degenerationszustände auf Kosten der Graafschen Follikel, mit darauffolgender Zerstörung derselben, der Primordialfollikel und des interstitiellen Gewebes des Eierstockparenchyms mit Ersatz durch fibröses Bindegewebe. Die Eierstockgefässe waren etwas erweitert und verdickt. Die Reaktion ist verschieden, je nach dem Alter des Tieres.

(Artom di Sant' Agnese.)

Innere Sekretion.

Auf Grund klinischer Erfahrungen beurteilt J. Oliver (42) die innere Sekretion der Ovarien. Er fand keinen Zusammenhang zwischen dem Zustand der Brustdrüsen und dem Vorhandensein von Ovarien. Auch Behaarung im Gesicht oder sonstige schlechte Ausbildung sekundärer Geschlechtscharaktere war nicht abhängig von der Anwesenheit oder dem Fehlen der Ovarien. Bei Amenorrhoe, Dysmenorrhoe und klimakterischen Blutungen sah er keine Erfolge von der Darreichung von Ovarialsubstanz.

Schickele (53) fand nach Kastrationen ein Ansteigen des Blutdruckes und gleichzeitig in der Hälfte der Fälle die bekannten Wallungen, Schweissausbrüche, Herzklopfen, Kopfschmerzen, Pulsbeschleunigung, Engigkeit, Schlaflosigkeit und Adipositas. Ähnliches beobachtete er auch nach dem Eintritt der physiologischen Menopause. Es handelt sich um eine Erhöhung des Sympathikustonus.

Keller (31) stellte fest, dass die Blutgerinnungszeit bei der Frau eine fast konstante Grösse darstellt und im Mittel nach der neuen Bürkerschen Methode 4,65 Minuten beträgt. Sie bleibt vor, während und nach der Menstruation unverändert, ebenso in der Menopause, nach Kastration, in der normalen Schwangerschaft und im normalen Wochenbett.

Zuntz (62) fand bei Frauen, die wegen gynäkologischer Erkrankungen unter Mitbeteiligung des Ovariums kastriert waren, in den ersten Wochen keine, später aber eine sehr ausgeprägte Herabsetzung des respiratorischen Stoffwechsels. Bei zwei Frauen, denen wegen Osteomalacie relativ gesunde Ovarien entfernt waren, war längere Zeit nachher eine geringe, aber doch unzweifelhafte Herabsetzung vorhanden. Bei zwei Eunuchoiden war eine Änderung nicht nachzuweisen. Durch Oophorin konnte eine Steigerung des Stoffwechsels nicht erzielt werden.

Mac Ilroy (36) kommt auf Grund experimenteller Untersuchungen an Kaninchen, Ratten und Meerschweinchen zu folgenden Schlüssen bezüglich des physiologischen Einflusses der Ovarialsekretion. 1. Das Ovarium kontrolliert die Ernährung des Uterus und anderer reproduktiver Organe. Die Entfernung beider Ovarien ruft Atrophie der Muskulatur und der drüsigen Elemente des Uterus hervor. Menstruation und Brunst bleiben fort, wenn beide Ovarien entfernt sind. Werden bei jungen Tieren die Ovarien entfernt, so bleibt der infantile Zustand bestehen. 2. Die Entfernung des Uterus oder die Retention der Uterussekretion braucht nicht die funktionelle Entwickelung der Ovarien zu beeinflussen, da die Ovarien wohl erhalten gefunden werden nach Uterusexstirpation und Unterbindung des Uterushorns. 3. Die Entfernung eines Ovariums ruft eine kompensatorische Hypertrophie des anderen hervor. 4. Die interstitiellen Zellen spielen die Hauptrolle bei der Unterhaltung der Uterusernährung. Das Corpus luteum ist der Teil des Ovariums, welcher den grössten Einfluss auf den Körper ausübt, denn injizierter Corpus luteum-Extrakt ruft ein Ansteigen des allgemeinen Blutdruckes hervor. 5. Experimentell hat sich gezeigt, dass die Ovarien für die Absonderung des Kalziums nicht die Bedeutung haben, wie man angenommen hat. Nur nach Kastration trat eine Vermehrung des Kalziums auf, während es vermindert war nach Einverleibung von Korpusluteumextrakt. 6. Die Entfernung der Ovarien bei Kaninchen rief eine Vermehrung des Fettansatzes in den Geweben des Körpers hervor.

Schickele (52, 54, 55) stellte Gerinnungsversuche mit Gänseblutplasma und Presssäften an, die aus menschlichen und tierischen Organen mittelst der Buchnerschen

Presse gewonnen waren. Presssäfte von Uterus, Ovarien, Myomen, Tuben und Corpus luteum hatten eine stark gerinnungshemmende Wirkung. Diese Substanz im Uterus und Ovarien, die auch im Menstrualblut gefunden wurde, wird als Antithrombin bezeichnet. Die Quelle dieses Antithrombins wird im Ovarium gesucht. Solche Presssäfte aus Uterus und Ovarien und ebenso Extrakte mit kochendem Alkohol riefen, Kaninchen intravenös injiziert, eine ausgesprochene Blutdrucksenkung hervor. Es scheint sich hierbei um einen Lipoidkörper und eine Einwirkung auf die Wandung der peripheren Gefässe zu handeln, da es nach Einträufelung in den Konjunktivalsack zu einer deutlichen Erweiterung der Konjunktivalgefässe kam. Die Quelle dieser Substanz, die nach der Menopause nicht mehr gefunden wurde, wird in den Granulosazellen und den Luteinzellen vermutet. Wässerige Extrakte wirkten gerinnungsfördernd und riefen ebenso wie kaltgewonnene Alkoholextrakte keine Blutdrucksenkung hervor. Schickele fand weiter die gerinnungshemmende und blutdruckherabsetzende Wirkung der Presssäfte oder Extrakte von Uterus und Ovarien auch bei anderen Organen, beim Uterus und Ovarium sind sie aber besonders intensiv. Im Ovarium und Corpus luteum fanden sich Substanzen, die in exquisiter Weise bei Tier und Mensch im Bereiche der äusseren Genitalien eine länger dauernde Hyperämie hervorrufen konnten. Die Ausfallserscheinungen nach der Kastration und Menopause sind auf eine Erhöhung des Sympathicustonus zurückzuführen. Schickele erzeugte durch Injektion von Ovarium- und Hodenextrakt bei kastrierten Hündinnen der Brunst entsprechende Erscheinungen. In geringerem Grade gelang ihm dies auch durch Hypophysenextrakt.

N. A. Below (6) injizierte die Flüssigkeit Graafscher Follikel Hunden, ohne eine besondere Wirkung zu erhalten. Die Injektion von Corpus luteum-Extrakt rief Fallen des Blutdruckes, die von Ovarialextrakt ohne Corpus luteum und Graafschen Follikel dagegen Erhöhung des Blutdruckes. Nach Injektion des letzteren Extraktes, der Proprovar genannt wird, trat bei unkastrierten Weibchen und Männchen von Kaninchen und Meerschweinchen ein Ansteigen des aufbrauchbaren Sauerstoffes und der ausscheidbaren Kohlensäure ein und Stickstoff wurde in grösserer Menge im Harn abgeschieden. Nach Injektion von Luteoovar-Poehl (Präparat aus Corpus luteum) trat umgekehrt eine Herabsetzung der Stickstoffausscheidung im Harn auf; weiter ein Fallen der Sauerstoffabsorption und Steigerung der Wasserausscheidung. Hyperluteinismus müsste hervorrufen: Hypermenorrhoe, gastro-intestinale und neuropsychische Erscheinungen, Enuresis und Eklampsie. Hypoluteinismus: Amenorrhoe. Sterilität. Aborte. Abmagerung in der Schwangerschaft. Stillunfähigkeit. Dysluteinismus: noch ohne bestimmte Erscheinungen. Hyperovariismus: gesteigerter Stoffwechsel und Sexualleben. Hypoovariismus: träger Stoffwechsel. Impotenz. Dysovariismus: noch nicht bestimmbar.

Isovesco (27) isolierte aus dem Ovarium verschiedener Tiere ein bestimmtes Lipoid, das er mit II Fb. bezeichnet. Gab er es Kaninchen subkutan, so erzielte er eine Hypertrophie und Blutüberfüllung des Uterus und Hypertrophie der Ovarien. Auch 15 Frauen bekamen es subkutan. Er erzielte damit ausgezeichnete Erfolge bei Amenorrhoe, Dysmenorrhoe und bei Ausfallserscheinungen. Bei Frauen jenseits des 50. Lebensjahres wurden Erscheinungen der Altersschwäche gebessert. Ein analoges Lipoid isolierte er aus Hoden. Zehn Kaninchen wurden damit subkutan behandelt. Die Hoden und die Geschlechtsteile überhaupt wurden erheblich grösser als bei Kontrolltieren, während die übrigen Organe und zwar auch die Drüsen mit innerer Sekretion keine Grössenunterschiede aufwiesen. Da er nach grösseren Dosen Lähmungen der hinteren Extremitäten fand, nimmt er an, dass die Wirkung dieser Lipoide durch eine Beeinflussung der spinalen Genitalzentren zustande käme. Auch dieses Lipoid gab er 18 Patientinnen und zwar fünf hypochondrischen, sechs neurasthenischen, die über Frigidität klagten, und acht alten Frauen zwischen 58—70 Jahren. Es besserte sich die Stimmung, die Arbeitsfähigkeit und die Kraft. Bei

zwei alten Frauen kehrte die Libido wieder, bei vier ging der arterielle Druck zurück. Aus dem Corpus luteum gewann er ein Lipoid, das die Involution des Uterus im Wochenbett und die Milchbildung beförderte und Aufstossen und Erbrechen in der Schwangerschaft günstig beeinflusste. Da er diese den Uterus rückbildende Kraft im Lipoid der Nebennierenrinde vermisste, denkt er an einen Antagonismus zwischen dem Lipoid des Corpus luteum und dem der Nebennierenrinde. Ein solches, die Funktion des betreffenden Organes anspornendes Lipoid fand er in allen Organen aller Wirbeltiere, soweit er sie untersuchte. Er bezeichnet sie daher als Homostimuline. Er nimmt an, dass sie eine besondere Affinität zu den zugehörigen spinalen Zentren hätten.

Gambarow (20) hat die Wirkung der Ovarialextrakte auf die Organe der Blutzirkulation an 60 Tierversuchen geprüft. Nach intravenöser Injektion von Ovarialextrakt steigt der Blutdruck, der Puls wird langsamer, die Länge der Pulswelle grösser. Versuche mit Durchtrennung des Rückenmarks haben erwiesen, dass die Ovarialextrakte direkt auf das vasometrische Zentrum einwirken. Fernere Versuche mit Durchschneiden des Vagus beweisen, dass die durch die Ovarialhormone bedingten Erscheinungen weder durch die zentralen noch die peripheren Apparate des Vagus ausgelöst werden. Verlangsamung des Pulses kam am blossgelegten Herzen beim Frosch nur in Fällen mit zerstörtem Rückenmark zur Beobachtung, ein Beweis, dass die Hormone den Herzmuskel selbst oder im Herzen gelegene Nervenaparate beeinflussen. Um die Wirkung der Ovarialextrakte auf die Gefässwandungen klarzulegen, hat Verf. 12 Versuche an Fröschen angestellt, wobei er die Methodik von Laewen-Trendelenburg befolgte. Nach Injektion von Ovarialextrakt wurde die Zahl der Tropfen sofort um 50—68 % geringer, blieb gering im Laufe von 2 Minuten, um dann rapide fast zur Norm zu steigen. Dadurch ist die konstrigierende Wirkung auf die Gefässwand selbst bewiesen. Weitere Versuche haben ergeben, dass Extrakten aus gelben Körpern dieselbe Wirkung auf das Gefässsystem eigen ist, wie Extrakten aus dem ganzen Eierstock und dass der Unterschied nur ein quantitativer ist. Verf. verneint die Existenz zweier verschiedener Hormone im Ovarium. Das bisweilen zur Beobachtung kommende vorübergehende Fallen des Blutdruckes hat nichts zu tun mit dem Ovarialhormon, sondern ist die Wirkung des im Extrakt enthaltenen Cholins. (H. Jentter.)

Aschner (2) untersuchte die Beziehungen zwischen Hypophyse und Genitale. Nach Entfernung der Hypophyse bei jugendlichen Tieren zeigt sich zunächst im Ovarium eine starke Abnahme der interstitiellen Drüse, fast bis zum Schwund derselben. Allmählich bildete sich dann später interstitielles Eierstockgewebe wieder aus. Die Follikelreifung erfolgte bei den operierten Tieren viel später, sie bleibt um etwa 4—6 Monate zurück. Eine Brunst kann auch nach der Operation auftreten, aber nur in rudimentärer Weise. Anstatt 2—3 sprungreifer Follikel in jedem Ovarium findet man höchstens einen um diese Zeit. Viel weniger eingreifend sind die Veränderungen, wenn die Hypophyse beim erwachsenen Tiere entfernt wird. Hier findet man nur leichte Degenerationserscheinungen an den Ovarialfollikeln und vorübergehende Abnahme des Fettes der interstitiellen Eierstockdrüse.

Franz Cohn (11) bespricht die innersekretorischen Beziehungen zwischen Brustdrüsen und Genitalien. Die Pubertätsentwickelung der Brust wird durch im Ovarium gebildete chemische Stoffe hervorgerufen und zwar unmittelbar ohne Zwischenwirkung des Uterus. Eine Patientin mit angeborenem Utersdefekt und erhaltenen Ovarien wies eine gute Ausbildung der Brüste auf. Auch die bei der Menstruation beobachteten Mammaanschwellungen sind hier zu nennen. Auf die Funktion der Milchdrüsen scheint das Ovarium nicht fördernd zu wirken, hier scheint vielmehr ein gewisser Antagonismus zu bestehen. Nach Kastration, im Klimakterium und bei Ovarialerkrankungen kommt das Auftreten von Milchsekretion

vor. Bei einer 28jährigen Patientin trat unter zunehmender Fettleibigkeit und abnehmender Libido Amenorrhoe und gleichzeitig Galaktorrhoe auf.

Carlo Cenci (10) stellte an Hühnern und Tauben Versuche an über die Beziehungen zwischen Gehirn und Ovarialfunktion. Eine Hemisphäre wurde entfernt. Die überlebenden Tiere wurden nach verschiedenen Zeiträumen (einige Monate bis 3 Jahren) getötet und ihre Ovarien histologisch untersucht. Die ersten Monate nach der Operation wurden Eier nicht gelegt. Später begannen manche wieder Eier zu legen, aber nur die Hälfte wie früher. Die Ovarien wiesen eine vorzeitige, vorgeschrittene Involution des Parenchyms auf. Es werden daher innige und direkte Beziehungen zwischen Hirn und Ovarialfunktion angenommen.

Sonstiges.

Zoeppritz (61) konnte in 13 Ovarien niemals Jod nachweisen. Auch nach Darreichung von Jod per os war das Resultat negativ, so dass eine elektive Aufnahme von Jod durch die Ovarien nicht in Erscheinung trat.

Franz Cohn (12) misst den Follikelsprungstellen sowohl bei der Follikelberstung als auch später nach Ausbildung des Corpus luteum eine erhebliche klinische Bedeutung zu. Diese kann einmal in lebensbedrohlichen Blutungen in die Bauchhöhle bestehen. Das klinische Bild gleicht dann der geplatzten Extrauteringravidität. Meist erfolgt die Blutung aus einem bereits voll ausgebildeten Corpus luteum, so auch in einem vom Vortragenden beobachtenden Falle. Zwei weitere Fälle wurden beobachtet, bei denen es zur Hämatocelenbildung kam. Auch bei gynäkologischen Operationen können schon auf leichten Druck schwer stillbare Blutungen aus dem Corpus luteum entstehen. Zweitens bietet die Follikelsprungstelle leicht Gelegenheit zur Infektion, zur Bildung eines Luteinabszesses (Gonorrhoe, Tuberkulose, Darmkeime). Endlich könnte sie Gelegenheit geben zur Entstehung von Metastasen in den Ovarien bei Karzinomen des Magendarmtraktus.

W. Loeb (34) stellte Untersuchungen an mit fabrikmässig in vorsichtiger Weise hergestellten Trockenpulvern von Milz und Ovarien. Die Schweinemilz enthält Katalasen, Oxydasen, Stärke und Glykogen spaltende Diastasen, Inulase, Invertase, Lipase, Enzyme vom Typus des Pepsins, Trypsins und Erepsins und Urease; hingegen fehlen Laktase, glykolytische Enzyme und Desamidase. In den Schweineovarien sind Katalasen vorhanden, während Oxydasen fehlen; ferner enthalten sie Stärke und Glykogen spaltende Diastasen, Lipase und Lezithase, ebenso Urease, Pepsin und Trypsin, dagegen nicht Erepsin, Invertase, Laktase, glykolytische Enzyme und Desamidase.

Rusell (51) behauptet das nicht seltene Vorkommen von Ovarialschmerzen ohne nachweisbaren objektiven Befund und auch ohne Hysterie und Neurasthenie. Er denkt an die Folgen toxischer Einflüsse. Heilung bringt häufig nur die Ovariektomie.

1a. Corpus luteum (siehe auch unter 1 und 4).

1. *Baruch, D., Schilddrüsen- und Ovarieninsuffizienz nach Kastration. Journ. de Bruxelles. Nr. 48. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1913. Nr. 1. p. 38.
2. *Cathala, V., L'ablation du corps jaune au début de la grossesse chez la femme. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 10 Juin. Bull. de la soc. obst. Juin. p. 600. (28jährige Frau, Menstruation häufig unregelmässig, zwei oder drei Monate aussetzend. Eine Entbindung. Regel fort seit fast drei Monaten. Uterus etwas vergrössert. Links im Douglas mandarinengrosser Tumor. Laparotomie am 27. September. Uterus entsprechend einer seit zwei Monaten bestehenden Schwangerschaft verändert. Links Ovarialzyste, wird entfernt. Rechtes Ovarium wird hervorgeholt, es erscheint völlig normal. Im entfernten linken Ovarium ein Corpus luteum in voller Entwickelung.

Die Schwangerschaft ging weiter. 31. Mai Geburt eines 3300 g schweren Mädchens. 11 ähnliche Fälle aus der Literatur werden angeführt. Nur bei zweien trat Abort ein.)

3. *Chauffard, Guy Laroche et Grigant, Fonction cholestérigénique du corps jaune. Preuves histologiques. Soc. de Paris. Soc. de Biol. 10 Févr. Presse méd. Nr. 13. p. 137. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Mai. p. 401.
4. Chirié, Corpus luteum und unstillbares Erbrechen. Gyn. Rundschau. Heft 19. (Bei einer Frau, die an unstillbarem Erbrechen zugrunde ging, war das Corpus luteum in eine Zyste umgewandelt. Bindegewebe verdrängte in der Wand Drüsen und Luteingewebe. In dieser Atrophie des Corpus luteum wird die Ursache des unstillbaren Erbrechens erblickt.)
5. *Dick and Curtis, Concerning the function of the corpus luteum and some allied problems. Surg., Gyn. and Obst. Nov. Vol. 15. Nr. 5.
6. Ferguson, J. H., Uterusmyom mit zystischer Degeneration, supravaginal amputiert und schwere Nachblutung aus einem Corpus luteum. Edinburgh obst. soc. (7½ Stunden nach der Entfernung des Myoms Zeichen der inneren Blutung. Laparotomie. Leib voll Blut, das aus einem geborstenen Corpus luteum stammte. Ovariotomie. Heilung.)
7. *Frank, Corpus luteum. Studies from department of pathology, college of physicans of Columbia university. Vol. 12. Ref. Brit. med. Journ. August 17. p. 23.
8. Gordon Luker, A case of rupture of a haemorrhagic corpus luteum. Lancet. Oct. 19. p. 1075. (27jährige Frau, Partus vor acht Jahren, stets gesund bis 5. August. Schmerzanfall im Leib, 16. August neuer Schmerzanfall, die Regel, die an diesem Tage auftreten sollte [letzte Regel 13.—18. Juli], bleibt aus. 21. August neuer Anfall. Unter den Erscheinungen der geplatzten Tubargravidität zur Klinik. Laparotomie. Rechts intraligamentäre Zyste und Hydrosalpinx. Inhalt der Zyste blutig. Als Quelle dieses Blutes in der Wand der Zyste ein Corpus luteum. Linke Anhänge normal.)
9. *Hauswaldt, H., Zur Frage der Entstehung des Corpus haemorrhagicum. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 25.
10. *Jaeger, A. S., Der Wert des Corpus luteum-Extrakts. Therap. Gaz. Nr. 7. 15. Juli.
11. Kaarsberg, Ut Tifaelde af intraabdominal Blödning stammende fra eu Bristning af et normalt Corpus luteum. Ein Fall von intraabdominaler Blutung, vom Bersten eines normalen Corpus luteum herrührend. (Demonstration.) Ges. f. Gyn. u. Obst. 8. Nov. 1911. Ref. Ugeskrift for Laeger p. 1231—32. (O. Horn.)
12. *Kiutsi, Über die innere Sekretion des Corpus luteum. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 399.
13. *Krusen, Wilmer, The present status of Corpus luteum-Organotherapy. Amer. Journ. of Obst. Oct. p. 522.
14. Markoe, James W., Kalkdegeneration des Corpus luteum, mit Bericht über einen einschlägigen Fall. Bull. of the Lying-in Hospital. Vol. 3. Nr. 4. Nov. (57jährige Frau, bereits mit 22 Jahren eigentümliche Schmerzanfälle im Leibe. An beiden Händen Gichtknoten. Laparotomie. Links orangegrosser, harter, verwachsener Ovarientumor. In seinem Zentrum eine knochenharte, ellipsoide Masse mit 15 cm Durchmesser und mit unebener Oberfläche, die einer Hirnoberfläche nicht unähnlich war. Innen war der Körper hohl. Nach Entkalkung mikroskopiert: Corpus luteum-Zyste mit verkalkter Wand.)
15. *Ott and Scott, Corpus luteum and pineal body. Amer. monthly cyclopaedia and medical bulletin. April. New York med. Journ. June 8. Ref. Brit. med. Journ. August 17. p. 23.
16. *Sack, W. Th., Über den Einfluss von Corpus luteum und Hypophyse (Lobus anterior) auf den Stoffwechsel. Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol. Bd. 70. Heft 4. p. 293.
17. *Schockaert, Corps jaune vrai et grossesse. Bull. de la soc. belge de gyn. et d'obst. p. 72.
18. Suppow, Zur Frage über Vorfall der Corpora lutea. Journ. akusch. i shensk. boles. Nov. (Suppow gibt fünf Krankengeschichten, wo während der Operation in der Bauchhöhle freiliegende runde oder ovale Körper gefunden wurden, die sich bei genauer Untersuchung als prolabierte gelbe Körper erwiesen. Verf. kommt zu folgenden Schlusssätzen: Es existiert zweifelsohne ein Prolaps des Corpus luteum. Die vorgefallenen gelben Körper gelangen in den Douglas, wo sie mit den benachbarten Organen verwachsen können, häufiger jedoch bleiben sie in der Bauchhöhle als Corpora libera liegen. Die Abteilung der Corpora lutea vom mütterlichen Boden geschieht entweder in der Schicht der Luteinzellen oder, was häufiger ist, in der äusseren Schicht der Theca folliculi. Zystische Degeneration des Eierstocks, Schrumpfung des Ovarial-

gewebes wegen chronischer Entzündungsprozesse oder beginnenden senilen Veränderungen begünstigen den Vorfall der gelben Körper. Der Vorfall der gelben Körper ist, wie es scheint, keine sehr seltene Erscheinung. Das klinische Bild ist zurzeit unbekannt.) (H. Jentter.)

19. *Weymeersch, Etude sur le mécanisme de l'avortement après ovariotomie double et sur la restauration uterine consécutive. La Gyn. Nr. 5. p. 257. Nr. 6. p. 321.

Hauswaldt (9) vertritt den Standpunkt, dass das Corpus haemorrhagicum nicht der Bildung des Corpus luteum vorangeht, sondern sekundär nach oder während der Bildung des Corpus luteum entsteht. Seine Blutmassen sind charakteristisch am Innensaum der Luteinzellenschicht gelagert, während das Zentrum der Corpus luteum-Höhle vorwiegend von fibrinhaltigem Plasma eingenommen wird. Die Blutung kann zustande kommen durch kollaterale Hyperämie mit kapillarer Diapedese aus dem die Granulazellen vaskularisierenden Kapillarnetz, mechanisch durch bimanuelle Untersuchung, vor allem aber durch Operationen und durch die der Corpus luteum-Bildung folgende Menstruation. Für eine gewisse Abhängigkeit von der Menstruation spricht das Zurückbleiben des Corpus haemorrhagicum beim Corpus luteum graviditatis.

Chauffard, Guy Laroche und Grigant (3) sind der Ansicht, dass der Überschus svon Cholesterin, der im Serum Schwangerer festgestellt wurde, bedingt sei durch eine Hypersekretion der Drüsen mit innerer Sekretion, besonders der Nebennierenrinde. Sie suchen den histologischen Beweis zu erbringen für eine Bildung von Lipoiden, besonders von Cholesterin in den Zellen des Corpus luteum des Schweines und der Kuh. Die Färbung durch Osmium, Sudan III., Nilblau, Neutralrot, das Vorkommen von doppelt lichtbrechenden Körpern ermöglicht ihnen den Nachweis, dass die Luteinzellen die Quelle einer sehr regen Lipoidsekretion sind. Nach ihrer Ansicht hat die Luteinzelle eine spezifische, entgiftende Tätigkeit für den mütterlichen Organismus.

Cathala (2) tritt auf Grund eines eigenen Falles und 11 Fällen der Literatur der Anschauung Fraenckels entgegen, dass die Entfernung des Corpus luteum im Beginne der Schwangerschaft zum Abort führen müsse. In der anschliessenden Diskussion erwähnt Lucas-Championnière einen weiteren, von ihm schon früher mitgeteilten Fall und auch Doléris teilt eine weitere Beobachtung mit.

Schockaert (17) bringt einen neuen Beitrag zur Bedeutung des Corpus luteum für die Erhaltung der Schwangerschaft. Bei einer Erstgeschwängerten treten 6—7 Wochen nach Aussetzen der Regel Blutungen und heftige Schmerzen im Leibe auf. Wegen Verdacht auf Tubargravidität oder stielgedrehtem Ovarialkystom wird die Laparotomie gemacht. Der Uterus war entsprechend dem zweiten Schwangerschaftsmonat vergrössert und zeigte kurze Kontraktionen. Am Uterus drei kleinere subseröse Fibrome. Das rechte Ovarium wies eine Zyste auf und ein Corpus luteum von etwa 2 cm Durchmesser. Am linken Ovarium keine Anzeichen eines solchen. Die Fibrome und das rechte Ovarium wurden entfernt. 15 Tage lang Ovariendrayés. 3 Tage lang heftige Schmerzen. Wegen Zeichen drohender Eklampsie wurde am Ende der Schwangerschaft ein ausgetragenes Kind mit der Zange zur Welt gebracht.

Dick und Curtis (5) stellten über die Funktion des Corpus luteum Versuche an Kaninchen und Meerschweinchen an. Sie kamen zu dem Resultat, dass das Corpus luteum unentbehrlich ist für die Entwickelung des Fötus während der ersten Zeit der Schwangerschaft. Sie versuchten dann einen Antikörper gegen Corpus luteum herzustellen, jedoch ohne Erfolg. Derartiges Serum vermochte dem normalen Corpus luteum nicht entgegenzuwirken. Erfolglos blieb auch der Versuch nach Entfernung der Ovarien bei schwangeren Tieren als Ersatz des Corpus luteum Nukleoprotein einzuverleiben. Auch die Injektion frischer Corpus luteum-Extrakte vermochte die Schwangerschaft nach Entfernung der Ovarien nicht zu erhalten. Autotransplantation hatte in einer geringen Anzahl von Fällen Erfolg.

Weymeersch (19) stellte am Kaninchen Versuche darüber an, in welcher Weise nach doppelseitiger Ovariotomie der Aborte zustande kommt. Die Zerstörung des Corpus luteum hatte eine sofortige Kontraktion der uterinen Gefässe zur Folge, die an manchen Stellen zu einem vollständigen Verschluss führte. Gleichzeitig kontrahierte sich die Uterusmuskulatur. Die Ursache sucht er in einer inneren Sekretion des Corpus luteum im Sinne einer Gefässerweiterung.

Ott und Scott (15) fanden, dass die intravenöse Injektion von Corpus luteum-Extrakt zunächst eine Herabsetzung des Blutdruckes hervorrief, der nach kurzer Zeit ein Anstieg über die Norm folgte. Der Pulsschlag war im wesentlichen unverändert. Auf die Urinsekretion war kein Einfluss bemerkbar, nur zeigte sich bei Kaninchen 0,5 % Glubose im Urin. Dem blossgelegten Uterus des Kaninchens in situ appliziert, rief das Corpus luteum gute Kontraktionen beim schwangeren, schlechte beim nicht schwangeren hervor. Die Kontraktionen am herausgeschnittenen Darmstück des Kaninchens nahmen stark zu. Mit Zirbeldrüsenextrakt wurden am Gefässsystem ziemlich die gleichen Veränderungen erzielt. Die Urinsekretion nahm zu. Am nicht graviden Uterus trat keine Kontraktion auf, beim graviden war die Kontraktionsfähigkeit erhöht. Die Kontraktionen des freigelegten Darmes wurden wenig verstärkt.

Sack (16) fand keinen Einfluss des Extraktes aus dem Vorderlappen der Hypophyse auf den Stoffwechsel. Das Corpus luteum rief im weiblichen Organismus eine starke Vergrösserung des Stickstoffansatzes hervor, beim männlichen Organismus war das nicht nachzuweisen. Die Injektion von Corpus luteum schien bei weiblichen Tieren einen Einfluss auf die Milchdrüsen, den Uterus und die zu diesen Organen führenden Blutgefässe auszuüben.

Kiutsi (12) fand bei Versuchen mit frischem, isoliertem Corpus luteum von Menschen, dass es eine starke Beschleunigung der Blutgerinnung hervorrief. Man kann sich vorstellen, dass die Luteinzellen nach dem Platzen des Graafschen Follikels die Ovarialblutung zum Stillstand bringen.

Frank (7) fand im Tierversuch, dass Corpus luteum-Extrakt, in genügender Konzentration intravenös injiziert schnell den Tod herbeiführte durch Thrombenbildung. Er konnte durch experimentelle Einverleibung des Extraktes nicht die normale Wirkung der Drüse und am Uterus nicht Loebs Deciduomata hervorrufen.

Da Baruch (1) im Corpus luteum den hauptsächlichen Träger der inneren Sekretion des Ovariums sieht, so gab er bei Ausfallserscheinungen ein Corpus luteum-Präparat. Ein Erfolg blieb aus. Dieser trat ein, als ein Schilddrüsenapparat dazu gegeben wurde.

Auch Krusen (13) sieht im Corpus luteum den Träger der inneren Sekretion des Ovariums. Er gibt daher bei Insuffizienzerscheinungen des Ovariums Corpus luteum-Extrakt. Um Erfolge zu erzielen, ist langdauernde Darreichung notwendig, auch müssen die Extrakte sorgfältig hergestellt sein.

Jaeger (10) behandelte 51 Frauen mit Ausfallserscheinungen nach Ovariektomien durch Corpus luteum-Extrakt von Parke, Davis und Comp. 29 wurden geheilt oder gebessert, zwei verschlimmert. Bei 20 war die Behandlung erfolglos.

2. Kastration. Erhaltende Behandluug (siehe auch unter 1 und 5).

1. *Dickinson, R. L., Zurücklassung gesunder Ovarien und Tuben bei Hysterektomie nahe der Menopause, ausgenommen bei bösartigen Erkrankungen. Surgi, Gyn. and Obst. Febr.
2. Muratow, Zur Frage der Exstirpation der Geschlechtsdrüsen beim Weibe. Wratsch Gaz. Nr. 15. Sitzungsber. d. geb.-gyn. Ges. zu Kiew. (H. Jentter.)
3. Sabatucci und Zanelli, Ein Fall von Adipositas dolorosa im Anschluss an Ovariektomie. Il Policlin. Gaz. prat. 23 Giugno. Nr. 26. p. 939. (37jährige Frau. Totalexstirpation wegen Myom. Bald darauf Ausfallserscheinungen allgemeiner Natur.

Dann Schmerzen im Unterarm. Die Frau bemerkte dort eine Entwickelung harter Knoten. Bald auch ähnliche Knoten an den Schenkeln. Zwei Jahre nach der Operation sahen die Autoren die Patientin und fanden lipomatöse Knoten an den Schenkeln, am Gesäss und an den Unterarmen. Die Knoten hatten die Grösse einer kleinen Nuss, waren von elastischer Konsistenz und druckempfindlich. Ein Tumor wurde histologisch untersucht, es handelte sich um ein Lipom. Die Autoren nehmen einen Fall von Dercumscher Krankheit nach Ovariotomie an.)
4. *Tuffier, Th., et A. Mauté, Les accidents de la ménopause artificielle. Presse méd. Nr. 97. p. 981.
5. Vertés, Oskar, Der unmittelbare Einfluss der Ovariotomie auf die Menstruation. gleichzeitig Beiträge zur Frage der Ovulation und Menstruation. Gyn. Rundschau. Nr. 8 u. 9.

Dickinson (1) verwirft die Mitentfernung der Ovarien bei Uterusexstirpationen, ausgenommen bei bösartigen Erkrankungen, da nach Zurücklassung von Ovarialgewebe die Ausfallserscheinungen gar nicht oder doch nur gering auftreten.

Tuffier und Mauté (4) besprechen die Ausfallserscheinungen nach der Kastration und die dabei in Betracht kommenden Vorgänge der inneren Sekretion vor allem in Hinblick auf die einzuschlagende Behandlung. Sie kommen zu dem Schluss, dass es nicht richtig wäre, nach der Kastration Ovarienextrakt zu geben. Organotherapie mit Ovarialsubstanz sei angebracht bei herabgesetzter, nicht aber bei völlig ausgeschalteter Ovarialfunktion. Da die Transplantation der Ovarien keine Dauerresultate gäbe, sei bei Wallungen und nervösen Ausfallserscheinungen die Hyperfunktion der Schilddrüse und Nebenniere zu bekämpfen. Gegen erstere wandten die Autoren mit Erfolg Antithyroidserum, gegen letztere Ipecacuanha, Salizyl, Opium und Ergotin an. In kleinen Dosen wirkte auch Schilddrüsensubstanz und Adrenalin selbst günstig im Sinne einer Regulierung der Organfunktion.

3. Entzündliche Erkrankungen (siehe auch unter 1).

1. Beckmann, Ovarialkystom durch Bacillus coli communis infiziert. Journ. akusch. i shensk. bol. Okt. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu St. Petersburg. (Patientin fieberte einen Monat lang. Die Temperatur fiel nach der Operation sofort ab. Die Infektion war offenbar vom Darme aus zustande gekommen, da Verwachsungen desselben mit der Geschwulst vorhanden waren.) (H. Jentter.)
2. Bouget et Albertin, Volumineux abcès froid de l'ovaire. Soc. des sciences méd. Lyon. 23 Juillet. Presse méd. Nr. 61. p. 638. (51 jährige Frau, stets gesund, keine Anamnese für Tuberkulose, es wurde die Diagnose auf grosse Ovarialzyste gestellt und laparotomiert. Es findet sich allgemeine Bauchfelltuberkulose, kein Aszites. Rechts eine kindskopfgrosse Ovarialzyste, die isoliert und mit der dazugehörigen Tube entfernt wird. In dem Ovariallumen Eiter. Die mikroskopische Untersuchung der Tumorwand ergibt Tuberkulose. Sie wird auch in der Tube gefunden, ist dort aber viel weniger vorgeschritten.)
3. Chavannaz, G., Sur les tumeurs cystiques de l'ovaire à contenu gazeux. Assoc. franc. de chir. 7—12 Oct. Presse méd. Nr. 87. 26 Oct. p. 879. (Ovarialsarkom mit Gasentwickelung, wahrscheinlich durch Bakterien hervorgerufen.)
4. *Cohn, Franz, Zur Pathologie der Ovarialtuberkulose. Arch. f. Gyn. Bd. 96. p. 497.
5. Dobrowolski, Fall von primärer Ovarialtuberkulose. Przeglad Lekarski. Nr. 7. p. 121. (Polnisch.)
6. Grünbaum, Dermoidzyste des rechten Ovariums mit Miliartuberkulose der Tumoroberfläche, Pyosalpinx duplex tuberculosa und Miliartuberkulose des Peritoneums. Nürnberger med. Ges. u. Poliklin. 27. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37. p. 2029.
7. Jayle, Kyste gazeux. Assoc. franc. de chir. 7—12 Oct. Presse méd. Nr. 87. 26 Oct. p. 880. (40 jährige Frau, vereiterter Ovarialtumor mit stinkendem und gashaltigem Inhalt. Verwachsungen mit dem Darm. Die Ursache der Gasbildung wird in Darmbakterien gesucht, die an den Stellen der Verwachsungen überwandern konnten.)

8. Jung, Ph., Uterus und Adnexe einer 24jährigen Nullipara. Med. Ges. zu Göttingen. 4. Juli. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 50. p. 2387. (Linkes Ovarium enthielt einen fast pflaumengrossen Ovarialabszess. Eiter stinkt und enthält Streptokokken und Bact. coli. Operative Entfernung. Heilung. Vor sechs Jahren wegen Appendizitis und allgemeiner Peritonitis operiert. Seitdem dauernd krank.)

9. Leynardi, C. G., Contributo alla eziologia dell' ascesso ovarico. Beitrag zur Ätiologie des Eierstockabszesses. Rassegna di Ostetr. e Ginec. Anno XXI. Nr. 3 (Leynardi berichtet über einen Fall von Eierstockabszess auf der rechten Seite, in welchem er ein Exemplar von Ascaris lumbricoides fand. Da der Abszess mit dem Wurmfortsatz verwachsen war und da jeder Grund fehlte, an eine primäre, vorhergegangene Entzündung des Genitalapparates zu denken, so meint Verf., dass in einem ersten Zeitabschnitte eine Appendizitis aufgetreten sei, die Verwachsungen mit dem Eierstock und Eintritt des Ascaris und der Entzündungsfaktoren durch eine zwischen den beiden Organen sich gebildete Perforation bedingt hatte.)
(Artom di Sant' Agnese.)

10. Loewy, Robert, Ovarites suppurées. Soc. des chir. de Paris. 10 Mai. Presse méd. Nr. 45. p. 482. (Demonstration der Präparate einer Totalexstirpation wegen schwerer Ovarialeiterungen mit perimetritischen Verwachsungen, die entstanden im Anschluss an eine Curettage nach Abort. Zuerst war eine Inzision der Eitersäcke mit Spülungen vorgenommen.)

11. Murard, Bazillose des Eierstockes mit Verbreitung auf das Peritoneum. Tubengravidität vortäuschend. Lyon méd. Nr. 4. (19jähr. Frau, Nullipara, letzte Regel vor 3 Monaten. Im 10. Lebensjahre Abszess rechts mit spontanem Durchbruch in die Harnblase. Jetzt Tumor rechts vom Uterus. Wegen Verdacht auf Tubargravidität Laparotomie. Tuberkulose des Ovariums, des ganzen kleinen Beckens und des Darmes. Ovarium entfernt. Besserung.)

12. Robineau, Rupture intrapéritonéale d'un abcès formé entre un kyste de l'ovaire et le gros intestin. Soc. de chirurgie de Paris. 8. I. 13. Presse médic. 1913. Nr. 5. p. 47. (Nicht vereiterte Ovarienzyste. Neben ihr stinkender Abszess intestinalen Ursprungs. Die Frau hatte wegen der Zyste operiert werden sollen und wurde dafür durch Darreichung von Rizinus vorbereitet. Danach peritonitische Erscheinungen. Es wird ein ursächlicher Zusammenhang zwischen beiden Vorgängen angenommen.)

13. Rosenstein, Ein Fall von Vereiterung einer Dermoidzyste im Wochenbett. Wratscheb. Gaz. Nr. 38. (H. Jentter.)

14. Segorow, Zur Frage der Tuberkulose der Eierstöcke. Wratscheb. Gaz. Nr. 49. Sitzungsb. d. geb.-gyn. Ges. zu Moskau. (In 1,5—2% aller weiblichen Leichen wurde bei der Sektion Genitaltuberkulose gefunden. Am häufigsten ist sie während der geschlechtlichen Blütezeit (21—30 Jahre), kommt aber auch in hohem Alter vor. Die Ovarien erkranken 27 mal seltener als die Tuben. Die Infektion kann auf hämatogenem, lymphogenem Wege stattfinden, oder auch von der Oberfläche aus, was das häufigste ist. Primäre Tuberkulose des Eierstockes ist ausserordentlich selten. In 55% der Fälle verändert sich die Menstruation nicht, in 35% tritt Amenorrhoe ein. Die miliäre Form ist häufiger als die kaseöse. Erbliche Belastung wird in 76% der Fälle konstatiert.) (H. Jentter.)

15. Seiffert, Paratyphus-B-Bazillen in einer karzinomatösen Ovarialzyste. Mediz. Klinik. Nr. 9.

16. Siredey, Kyste de l'ovaire suppuré. Soc. d'obstétr. et de gynéc. de Paris. 11. Nov. Presse médic. Nr. 97. p. 987. (Frau mit Fieber und Ovarientumor. Es wurde an Typhus gedacht. Serumdiagnostik negativ. Laparotomie. Vereiterte Ovarialzyste mit Ureter verwachsen. Entfernt. Exitus nach 2 Tagen. Sektion ergab völlig normalen Genitalbefund. Die Ursache der Vereiterung nach Annahme des Autors völlig ungeklärt. Über bakteriologische Untersuchung des Eiters wird nichts erwähnt. Lépage sah einen ähnlichen Fall, bei dem aber Verwachsungen mit dem Darm bestanden.)

17. Siredey, Lemaine et de Jong, Kyste suppuré de l'ovaire gauche. Soc. d'obst. de Paris. 11. Nov. Bull. de la soc. d'obst. Nr. 8. Nov. p. 822. (Allgemeininfektion, ausgehend von einer vereiterten, stielgedrehten Ovarialzyste. Im stinkenden Eiter anaerobe Keime, Kokken und gramnegative Stäbchen. Vereiterung der Niere.)

18. Tönnies, Walter, Ein Fall von primärer Ovarialaktinomykose. Inaug.-Diss. Strassburg.

19. Violet, Hypertrophierende Tuberkulose der Tube mit nicht tuberkulöser Ovarienzyste. Lyon méd. Nr. 33. (31 jährige Patientin, tuberkulös. Links Ovarienzyste.

Laparotomie. Tube tuberkulös. Im Douglas ein Kaffeelöffel Eiter. Zyste zeigte keine Tuberkulose.)
20. Wanner, Ovarialabszesse appendikulären Ursprungs. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31. p. 1016. (Zwei kasuistische Beiträge.)

Cohn (4) fand, dass eine Infektion des Eierstockes mit Tuberkulose von der Oberfläche aus vor allem durch die Albuginea entweder verhindert oder doch aufgehalten wird. Sprungstellen der Follikel geben den Tuberkelbazillen Gelegenheit zum Eindringen. Auf diese Weise entsteht die nicht seltene Tuberkulose des Corpus luteum häufiger als auf hämatogenem Wege. Eine Infektion auf dem Lymphwege ist durch Einwachsen der Tuberkulose durch den Hilus von der tuberkulösen Tube aus möglich. Eine hämatogene Infektion scheint seltener zu sein, als man bisher annahm. Miliare und käsige Form der Eierstockstuberkulose sind nicht scharf voneinander zu trennen. Bei der Operation wegen Adnextuberkulose sind die Ovarien möglichst zu erhalten, solange nur die Oberfläche erkrankt ist, sie sind zu entfernen, falls es sich um eine Infektion des gelben Körpers oder um eine Infektion vom Hilus aus handelt

II. Abschnitt. Neubildungen.

4. Anatomie und Histogenese. Allgemeines über Neubildungen und Ovariotomie (siehe auch unter 1, 2, 3, 14 und 17).

1. Ballerini, Rückbildung von Luteinkystomen bei Blasenmole mit später eingetretener normaler Schwangerschaft. Geb.-gyn. Ges. der Marcken u. Emilin. 18. Febr.
2. Bory, L., De l'unité des tumeurs épithéliales de l'ovaire. Arch. de méd. expériment. Janv.
3. Desaux et Masson, Tumeur ovarienne („Follikulom"). Soc. anat. de Paris. 15 Nov. Presse méd. Nr. 98. p. 946. (Demonstration eines teils soliden, teils zystischen Ovarientumors. Die Zysten sind ausgekleidet durch ein Epithel, das in seinem Bau der Granulosa des Graafschen Follikels gleicht [„Follikulom"].)
4. *Dienst, Ein einfaches differentialdiagnostisches Hilfsmittel zwischen Aszites und schlaffen Ovarialzysten. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 50. p. 2731.
5. Drumont, J., Etude anatomo-clinique des tumeurs solides bilaterales des ovaires. Thèse. Paris 1911.
6. Goinard et Laffont, Kyste haemorrhagique de l'ovaire. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 2. p. 104.
7. *Goodall, J. R., The origin of epithelial new growth of the ovary. Surg., Gyn. and Obst. June. Ref. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. August. p. 104.
8. Halban, Ovarialzyste nach Röntgenbestrahlung. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 13. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 50. p. 1709. (Kindskopfgrosses, benignes Kystom einer 51 jährigen Frau, die wegen Blutungen bestrahlt wurde. Die Blutungen sistierten, es bildete sich aber ein Tumor.)
9. Maccabruni, Metaplasia dell' epitelio di rivestimento di un cistoma ovarico. Metaplasie des Deckepithels eines Eierstockzystoms. Atti della Società Ital. di Ostetr. e Ginec. Vol. XVIII. (Artom di Sant' Agnese.)
10. Marshall, G. B., Bilateral ovarian cystomata, with symptoms simulating acute torsion of the pedicle and associated with great elongation of the distended Fallopian tubes. Journ. of Obst. and Gyn. May. Vol. 21. Nr. 5. p. 273. (Wegen bedrohlicher, peritonitischer Erscheinungen wurde die Laparotomie gemacht. Die Diagnose lautete auf stielgedrehten Ovarialtumor. Stieldrehung lag jedoch nicht vor. Es wurden zwei Ovarialkystome mit alten peritonealen Verwachsungen gefunden. Die Tuben waren stark in die Länge gezogen.)
11. Masson, Classification embryogénique des tumeurs génitales des glandes sexuelles. Soc. anat. de Paris. 15 Mai. Presse méd. Nr. 98. p. 996. (Einteilung in: 1. Seminome; 2. Pflügerome und Follikulome und 3. papilläre Tumoren von der Ovarialoberfläche wird vorgeschlagen.)

12. Müller, Demonstration. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. 29. Juni. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 48. p. 2290. (83jährige Frau, vor $^3/_4$ Jahren wurde grosse Ovarialzyste entfernt. Heilung.)
13. Prigge, Die Bildung von Wanderzysten im glandulären Ovarialkystom. Inaug.-Diss. Bonn 1911.
14. Rosenstein, Doppelseitiges Ovarienkystom mit hämorrhagischem Inhalt. Gyn. Ges. zu Breslau. 23. Jan. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 506.
15. Vayssière, Kyste de l'ovaire et réaction fixation. Marseille méd. Nr. 7.

Dienst (4) verwertet den Umstand, dass im Aszites stets Fibrinogen vorhanden ist, für die Differentialdiagnose zwischen Aszites und Ovarialkystominhalt. Man füllt die zu untersuchende Flüssigkeit in ein Reagenzgläschen und streut bis zu einem Drittel ihres Volumens Kochsalz ein. Bildet sich nach Auflösung des Salzes ein flockiger Niederschlag, so handelt es sich um Aszites.

Goodall (7) erblickt den Ursprung der epithelialen Neubildungen des Ovariums in Resten des Rete ovarii und der Vasa recta. Weiter kommen hierfür in Betracht das Eindringen des Keimepithels in die Tiefe durch fötale Lappung des Ovariums und Einsprengung von Oberflächenepithel bei der Vernarbung der Corpora lutea und chronischer Entzündung.

5. Operationstechnik (siehe auch unter 1, 2, 13 und 17).

1. Alin, E., Doppelseitige Ureterunterbindung bei Ovariotomie. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. Nr. 2. (Nach Ovariotomie und Exstirpation von Uterus myomatosus Symptome von Anurie in der Blase nach 53 Stunden. Relaparotomie; Entfernung von umschnürenden Ligaturen; Tamponade in Fossa Dougl. Heilung unter Urinabgang durch die Bauchfistel. Nach zwei Monaten völlige Heilung.) (Silas Lindquist.)
2. Gminder, Doppelseitige Ovarialkystome. Ärztl. Verein zu Essen a. R. 3. Dez. Berl. klin. Wochenschr. 1913. Nr. 3. p. 330. (Entfernung der Tumoren bei verschiedenen jungen Frauen unter Zurücklassung eines Ovarialrestes. Drei Operationen fanden vor 10 Wochen statt. Menses noch nicht wieder eingetreten.)
3. Martin, Arthur Chalmers, The application of conservative surgery to ovarian dermoids. Journ. of Amer. med. Assoc. Nov. 2. p. 1595. (Stets gesund gewesene, junge Frau, aufgenommen zur Naht eines bei der ersten Entbindung erhaltenen Cervix- und Dammrisses. Bei der Untersuchung werden auch Ovarialveränderungen festgestellt. Jedes Ovarium enthielt eine kleine Dermoidzyste und einige kleine seröse Zysten. Um die Ovarialfunktion zu erhalten, wurden die Dermoide exzidiert, die Zysten entleert und ihre Wandung entfernt. Beiderseits blieb anscheinend normales Ovarialgewebe zurück. Heilung. Die histologische Untersuchung der Dermoide liess einen gewissen Verdacht auf Bösartigkeit aufkommen, da die Zellen etwas zu zahlreich und zur atypischen Anordnung neigend erschienen. Nach 10 Monaten war neue Laparotomie notwendig, im rechten Ovarium hatte sich wieder ein Dermoidkystom gebildet.)
4. *Reynolds, Edward, The ultimate results of the conservative surgery of the ovaries. Surg., Gyn. and Obst. March. Ref. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. April. p. 239.

Reynolds (4) ist der Ansicht, dass die so häufig vorkommenden kleinen Follikelzysten und abnormerweise persistierenden Corpora lutea in vielen Fällen die Ursache von Dysmenorrhoe und Neurasthenie sein könnten. Wenn derartige Symptome vorliegen, schreitet er zur Resektion der Zysten mit folgender Operationstechnik. Das Ovarium wird am Hilus gespalten, weil hier gewöhnlich die kleinsten Zysten sich befinden. Nachdem alle Zysten entfernt sind, wird das Ovarium vernäht. Von 106 Privatpatientinnen waren 87 mit dem Erfolg der Operation zufrieden.

6. Schwierige Fälle. Übergrosse Tumoren.

1. Larkins, E. L., Ovarian tumor. Journ. Ind. State med. assoc. V. 266. (Ovarienzyste von 140 Pfund, das Gewicht des Körpers nach Entfernung der Zyste betrug nur noch 80 Pfund.)
2. Macfie, A multilocular ovarian cyst of great size. Brit. med. Journ. 1913. Jan. 18. p. 117. (42jährige Frau, mit sehr grossem Tumor des rechten Ovarium mit Netzadhäsionen.)
3. Merkel, Friedrich, 17 Pfund schwere Ovarialzyste bei einem 75jährigen Fräulein. Ärztl. Verein zu Nürnberg. 15. August. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 51. p. 2842.
4. Obolenskaja, Riesenzyste. Journ. akusch. i shensk. bol. Sept. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu Petersburg. (Bei der 30jährigen Patientin mit grösstem Umfang des Leibes von 128 cm wurde per laparotomiam eine vom linken Ovarium ausgehende Zyste entfernt. Bei der Punktion wurde 22 600 g schleimig-kolloidaler Flüssigkeit abgelassen. Es bestand Torsio uteri in toto. Heilung. Anatomische Diagnose: Cystoadenoma glandulare.) (H. Jentter.)
5. Thies, J., Riesenzyste. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Leipzig. 20. Nov. 1911. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. p. 1000. (22jährige, sehr schmächtige Frau, im Anschluss an eine Entbindung Operation. Nach Ablassung von 15 Liter Flüssigkeit war noch eine Riesenzyste vorhanden, die nach Lösung vieler Verwachsungen entfernt wurde.)
6. Zwetow, Zur Kasuistik der Riesenkystome. Journ. akusch. i shensk. boles. Dez. (40jährige IVpara. Grösster Leibesumfang 148 cm. Bei der Laparotomie wurde der Tumor mittelst Trokar punktiert. Es entleerten sich vier Eimer (2 Pud 36 Pfund) hellbrauner Flüssigkeit. Typische Ovariotomie. Heilung. Der Blutdruck wurde vor und nach der Operation nach Uskow bestimmt: vor der Operation Maximum 150 mm Hg., Minimum 98 mm Hg., nach der Operation Maximum 134 mm, Minimum 76 mm Hg.) (H. Jentter.)

7. Stieldrehung. Ruptur (siehe auch unter 1, 4, 8, 9 und 10).

1. Bovis, R. de, Autointoxikation nach Gangrän eines stielgedrehten Ovarialtumors. Sem. méd. Nr. 26. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 34. p. 1614. (Stieldrehung seit acht Tagen. 48 Stunden nach Operation Exitus. Als Ursache wird eine atonische Magendilatation infolge von Autointoxikation angesehen.)
2. Bröse, Über Stieldrehung der Eierstocksgewächse. Allg. med. Zentralzeitg. Nr. 12.
3. — Abgerissener Ovarialtumor. Ges. f. Geb. u. Gyn. in Berlin. 26. Jan. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. p. 928. (51jährige Wäscherin, die plötzlich nach schwerem Heben im Leibe erkrankte. Wegen peritonitischer Erscheinungen Laparotomie. Allgemeine Peritonitis. Rechts Dermoidzyste. Weiter ein kindskopfgrosser Tumor, der frei im Epigastrium lag. Am linken Ovarium ein ganz kleiner Stiel, der nicht vom Peritoneum bedeckt war.)
4. Dawson-Furniss, Henry, Ovarian cyst with twisted pedicle and hemorrhage into the cyst, complicating pregnancy. New York acad. of med., meeting of Jan. 25. Amer. Journ. of Obst. April. p. 657. (Frau von 34 Jahren, seit vier Monaten schwanger. Seit sechs Tagen krampfartige Schmerzen in der linken Seite des Leibes. Zum dritten Male während dieser Schwangerschaft. Hühnereigrosser Tumor links, der deutlich an Grösse zunahm, unter Auftreten von peritonitischen Erscheinungen. Diagnose: Stielgedrehter Ovarialtumor. Die Laparotomie bestätigte die Diagnose.)
5. Eylenburg, Stielgedrehte Ovarialzyste. Gyn. Ges. zu Breslau. 26. Okt. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 14. p. 501. (18jährige Patientin mit 30 cm langer Tube. Zyste um 540° gedreht.)
6. Goullioud, Wiederanwachsen einer Ovarialzyste und eines Uterusfibroms nach Abtrennung von ihrem Ursprungsort. Lyon méd. Nr. 30. (35jährige Frau, vor drei Jahren Anfall heftigster Leibschmerzen, seitdem Beschwerden. Bei der Laparotomie findet sich eine Ovarienzyste fest mit dem Peritoneum der Plica vesico uterinum verwachsen. Das Ovarium dieser Seite an der normalen Stelle nicht vorhanden. Es wird angenommen, dass vor drei Jahren eine Drehung mit Nekrose des Stieles erfolgte und dass der Tumor selbst durch Adhäsionen in seiner neuen Lage ernährt wurde.)
7. Groebel, Stielgedrehter Ovarialtumor, bei Fieber entfernt im fünften Monate der Schwangerschaft, welche ungestört blieb. Lemberger Ärztl. Ges. 12. Jan. Lwowski Tygodnik Lekarski. Nr. 4. p. 58. (Polnisch.) (In der Diskussion erwähnt Solowij.

in acht Fällen von Ovariotomie sub graviditate habe er nur einmal Abort post operationem erlebt. In einem dieser Fälle habe er wegen Lungentuberkulose gleichzeitig eine bilaterale Tubenresektion vorgenommen. Die Schwangerschaft erreichte trotzdem ihr normales Ende.) (v. Neugebauer.)

8. *Grotenfelt, Carl, Zur Behandlung der stielgedrehten Ovarialtumoren. Mitteil. a. d. gyn. Klinik des Prof. Dr. Otto Engström in Helsingfors. Bd. 10. Heft 1. p. 71. Berlin bei S. Karger.
9. Jalifier, Doppelseitige, stielgedrehte Ovarialzysten mit entzündlichem Prozess am Blinddarm. Lyon méd. Nr. 40.
10. *Lefevre, H., Über die Toxizität der Flüssigkeit stielgedrehter Ovarialzysten. La Gyn. Tome 16. Nr. 12.
11. Messa, G. E., Rottura spontanea dei tumori cristici dell' ovaio. Spontane Ruptur zystischer Geschwülste des Eierstockes. La Ginecologic, Firenze, IX. 11. p. 321. (Artom di Sant' Agnese.)
12. Moniet, Le, Rupture spontanée du pédicule d'un kyste dermoide de l'ovaire. Transplantation de la tumeur sur le bord inférieur du grand épiploon. La Gyn. Nr. 3. p. 149. (40jährige Frau, sechs Kinder, Blutungen. Uteruspolyp, ausserdem kindskopfgrosser Tumor rechts, anscheinend ohne alle Verbindung mit dem Uterus. Laparotomie. Der Tumor sass am unteren Rande des grossen Netzes, ihm adhärent in 9—10 cm Ausdehnung. Sonst fehlen alle Verwachsungen des Tumors mit der Umgebung. Entfernung des Tumors. Der Uterus ist normal. Rechts fehlt das Ovarium. Von der rechten Tube ist nur das uterine Ende in einer Länge von 2 cm vorhanden. Das linke Ovarium ist zystisch, es wird mit der linken Tube entfernt. Entfernung des Uteruspolypen von der Vagina aus und Curettage. Der entfernte Tumor war ein Dermoid von 750 g Gewicht. An seiner vorderen Wand ein rötlicher Strang von Bleistiftdicke und 6—7 cm Länge, wohl der andere Teil der zerrissenen Tube.)
13. Morestin, H., Kystes dermoides des deux ovaires, l'un à loges multiples, l'autre séparé de la matrice par une torsion ancienne. Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris. 1911. Nr. 8. p. 588. Ref. Revue de gyn. Mai. p. 555. (29jährige Frau kommt wegen Sterilität zum Arzt. Tumor des kleinen Beckens bis zum Nabel reichend. Laparotomie. Grosse, mehrkammerige, rechtsseitige Ovarialzyste. Links gänseeigrosse Ovarialzyste. Sie lag ganz vom Uterus entfernt und hing mit ihm nur noch durch die beträchtlich in die Länge gezogene Tube zusammen. Die Zyste war adhärent am Netz, sie hatte sich hier „implantiert". Als Ursache dieser Verlagerung wird eine frühere Stieldrehung angesehen.)
14. *Olbrich, Johannes, Die Stieltorsion der Ovarialtumoren. Inaug.-Diss. Breslau.
15. Patel, Spontanruptur einer intraligamentären Ovarialzyste bei Beginn der Narkose. Lyon méd. Nr. 34. (53jährige Frau. Tumor bis Nabelhöhe. Am nächsten Tage bei Beginn der Narkose ist der Tumor verschwunden. Laparotomie. Blutig-seröser Inhalt. In der Tumorwand eine feine Öffnung. Es wird eine Spontanruptur durch Bauchdeckenspannung angenommen.)
16. *Paucot, H., et J. Vanverts, Les phénoménes d'auto-intoxication dans la torsion des kystes de l'ovaire. Reunion obst. de Lill. 24 Juillet. Bull. de la soc. d'obst. Nov. p. 858.
17. Rosenstein, Stielgedrehte Ovarialzyste. Gyn. Ges. zu Breslau. 14. Mai. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 253.
18. Schaeffer, O., Beobachtungen an rupturierten Eierstockszysten. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 28. Jan. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 442.
19. Sourdat, M. Paul, Torsion einer Ovarialzyste bei einem Kinde von 12 Jahren. Revue mens. de gyn. Tome 7. H. 2.
20. Thies, J., Nekrotische, multilokuläre Ovarialzyste. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Leipzig. 22. April. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36. p. 1190. (24 Jahre alte Frau, vor 14 Tagen durch Zange entbunden. Plötzlich starke Schmerzen und stärker werdende peritonitische Erscheinungen. Stielgedrehtes Ovarialkystom.)
21. Tschudi, E., Lebensgefährliche Blutung aus geplatzter kleiner Ovarialzyste. Schweizer Korrespondenzbl. Nr. 7. (32jährige Frau. Regel regelmässig, nicht ausgeblieben. Plötzlich heftige Schmerzen im Abdomen. Wegen Verschlechterung des Allgemeinzustandes Laparotomie. Grosse intraperitoneale Blutung. Als Ursache wird eine kleinapfelgrosse Ovarialzyste angenommen.)

22. Woizechowsky, Abgeschnürte Ovarialzyste. Demonstration. Journ. akusch. i shensk. bol. März. Sitzungsber. d. geb.-gyn. Ges. zu St. Petersburg. (H. Jentter.)

Olbrich (14) fand, dass 15 % der Ovarialtumoren Stieldrehung aufwiesen. Von 99 Stieldrehungen waren fünf doppelseitig. Prädisponierend für die Entstehung sind schlaffe Bauchdecken und einseitiges Wachstum nach dem Orte des geringsten Widerstandes, nach der Beckenmitte hin.

Paucot und Vanverts (16) treten dafür ein, dass die nach Stieldrehung von Ovarialtumoren auftretenden Allgemeinerscheinungen nicht als eine Folge von Keiminfektion, sondern von Autointoxikationen durch Zerfallsprodukte des gangränös werdenden Tumors anzusehen seien.

Lefevre (10) hat den Inhalt stielgedrehter Ovarienzysten Kaninchen intravenös injiziert. Der Inhalt war aseptisch. Die Toxizität war viel grösser, als bei nicht torquierten. Diese Toxine haben ihren Ursprung in Zellstörungen der Zystenwand, denn der Grad der Toxizität ging parallel der Intensität der Wandveränderungen. Es entstand bei den Kaninchen die gleiche aseptische Peritonitis wie bei den Frauen nach Stieldrehung. Auch Leber und Niere zeigen akute parenchymatöse Veränderungen entsprechend den klinischen Veränderungen. Die Autointoxikation spielt also bei der Stieldrehung eine grosse Rolle.

Grotenfelt (8) kommt auf Grund von 83 Fällen von Ovariotomie bei Stieldrehung und auf Grund des Literaturstudiums zu dem Schluss, dass stielgedrehte Ovarialtumoren stets sobald als möglich durch Laparotomie entfernt werden müssen.

8. In Verbindung mit Geschwülsten anderer Organe, anderen Erkrankungen, ektopischer Schwangerschaft

(siehe auch unter 1, 4 und 10).

1. Amann, Metastatische Ovarialkarzinome bei primärem Magen- bezw. Gallenblasenkarzinom. Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. 7. Juli. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 591.
2. Asch, Ovariotomie bei Hämophilie. Gyn. Ges. in Breslau. 11. Juni. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 363.
3. Fornero, A., Ovaie loro modificazioni e alterazioni nei fibromiomi dell' utero e nella gravidanza tubarica. Die Eierstöcke, ihre Modifikationen und Veränderungen bei Fibromyomen des Uterus und in der Tubarschwangerschaft. Folia Gynaecologica Pavia. Vol. VII. Fasc. 3. (Artom di Sant' Agnese.)
4. Fuchs, Metastatisches Karzinom beider Eierstöcke bei bestehender Gravidität. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. 10. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 520.
5. Gazin, Appendicite et inondation péritonéale consécutive à une rupture de kyste ovarique à pédicule tordu. Soc. des chir. de Paris. 19 Janv. Presse méd. Nr. 12. p. 131. La Gyn. Nr. 4. p. 233. (24 jährige Frau, mit den Erscheinungen der Appendizitis und Peritonitis. Laparotomie. Stielgedrehtes Ovarialkystom. Blutige Flüssigkeit in der Bauchhöhle. Appendix lang und entzündet. Kystom und Appendix entfernt. Am nächsten Tage Abort. Thévénard berichtet über einen ähnlichen Fall.)
6. Gentili, A., Malattie infettive ed ovaio. Infektionskrankheit und Eierstock. Rassegna di Ostetr. e Ginec. Anno XXI. Nr. 1. (Artom di Sant' Agnese.)
7. Gminder, Ovarialkystom und Appendizitis. Essener Ärztl. Verein. 3. Dez. Berl. klin. Wochenschr. 1913. Nr. 7. p. 330. (Grosses, stielgedrehtes Ovarialkystom. Wurmfortsatz entzündet, in seiner Spitze ein grösserer Emaillesplitter.)
8. Hammond, Frank, C., Ovarian cyst simulating acute appendicitis. Transact. of the Obst. Soc. of Philadelphia. Oct. 3. Amer. Journ. of Obst. 1913. Jan. Vol. 67. p. 151. (Stielgedrehte, rechtsseitige Ovarialzyste, die ähnliche Erscheinungen wie eine Appendizitis machte.)
9. Jellet, Cancer of stomach simulating ovarian cyst. Royal acad. of med. in Ireland. Febr. 16. Lancet. March 16. p. 731. (64 jährige Frau. Zystischer Tumor im Leib

in der Grösse einer Schwangerschaft von sechs Monaten. Keine Magensymptome. Die Sektion ergab ein grosses Magenkarzinom.)
10. Laffont, Typhus exanthématique. Insufficance ovarienne et sterilité consécutive. Réunion obst. et gyn. d'Alger. 14 Déc. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. 1913. Nr. 2. p. 61.
11. Lendon, Alfred A., Ovarian cystoma. Lancet. March 1. 1913. p. 611. (Metastasen in der Milz.)
12. Malcolm, John D., Ovariotomy about forty years after a discharge of foetal bones through the rectum; recovery. Lancet. Oct. 12. p. 1009. (77jährige Frau, vier Kinder, vor 40 Jahren waren nach längerem Kranksein kindliche Knochen durch den Darm abgegangen. Aszites und Tumor im kleinen Becken. Laparotomie. Ein linksseitiger, solider, gutartiger Ovarialtumor wird entfernt. Ein Jahr später Exitus unter Ileuserscheinungen. Die Sektion zeigte zwei Stenosen im Bereiche des Dünndarmes.)
13. Markus, Zur Differentialdiagnose zwischen Stieldrehung eines Ovarialtumors und Appendizitis. Gyn. Ges. in Breslau. 11. Juni. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 362.
14. Mériel, E., Epithelioma des deux ovaires et cancer gastrique méconnu. Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse. 5 Juin. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. Nr. 7. p. 815.
15. Mirto, F., Tubercolosi ed ovariectomia. Tuberkulose und Ovariektomie. Atti della Scietà Ital. di Ostetr. e Ginec. Vol. XVIII. (Verf. führte an Kaninchen endovenöse Einspritzungen von bov. Tuberkulosebazillen aus; die Kastration verursachte eine bedeutende Verspätung des Todes im Vergleiche mit den in derselben Weise behandelten aber nicht kastrierten Kontrolltieren. Auch bei tuberkulösen Frauen soll die Abtragung der Eierstöcke aus gynäkologischer Indikation eine ausgeprägte Besserung des Allgemeinbefindens bedingt haben.) (Artom di Sant' Agnese.)
16. Perrin, Metastasen eines Magentumors in beiden Ovarien. Lyon méd. 1911. Nr. 17.
17. Raux, Anurie infolge von Druck durch Ovarialtumoren. Thèse de Lyon. 1911.
18. Rübsamen, W., Über die Veränderung des Situs der Brustorgane durch Riesenovarialtumoren. II. Mitteilung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. p. 373. (Zwei weitere Fälle von starker Hochdrängung des Zwerchfelles bei grossen Ovarialtumoren. Die Herzspitze war deutlich gehoben, das Herz quer gestellt. In einem vierten Falle war die Empordrängung und die Beeinflussung des Herzens wesentlich geringer, da starker Hängeleib bestand.)
19. Vincent et Ferrari, Cancer métastatique des ovaires et du cul-de-sac de Douglas. Réunion obst. d'Alger. Séance du 20 Avril. Bull. de la soc. d'obst. de Paris. Nr. 4. Avril. p. 373. (35jährige Frau, Magenkarzinom mit Metastasen in der Leber und den Gallenwegen. Im Douglas mandarinengrosser derber Tumor, auch die Ovarien waren deutlich karzinomatös. Mikroskopisch zeigte sich das Bild der Krukenbergschen Ovarialtumoren.)
20. Wilson, Thomas, Cysts of the vermiform appendix. A contribution to the knowledge of pseudomyxoma of the Peritoneum. Lancet. Nov. 30. p. 1496.

9. Verbindung mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (siehe auch unter 1, 1a, 7 und 16).

1. Balogh, Audos, Terhességgel mövödött ovarialis cysta koczány-torsiojának esete. Aus der Sitzg. d. gyn. Sekt. des kgl. Ärztevereins am 5. März. Ref. Orvosi Hetilap. Gyn. Nr. 3. (Bericht über einen Fall von Ovarialzyste, welche im Spätwochenbette eine Stieltorsion erlitten hatte.) (Temesváry.)
2. *Bar, Discussion sur la conduite à tenir en cas de kyste de l'ovaire praevia. Soc. d'obstetr. et de gyn. de Paris 11 mars. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 3. p. 202.
3. Beckmann, Ovariotomie wegen Stieldrehung während der Schwangerschaft. Journ. akusch. i shensk. boles. Okt. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu St. Petersburg. (Geschwulst im Douglas eingekeilt, faustgross. Keine Unterbrechung der Schwangerschaft.) (H. Jentter.)
4. Bender, Xavier, Discussion sur la conduite à tenir en cas de kyste de l'ovaire praevia. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 11 Mars. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 3. p. 200.
5. *— Sur un cas de cyste de l'ovaire praevia traité avec succès par la ponction vaginale. Revue de gyn. Tome 19. Nr. 2. 1 Août. p. 97.

6. Bondy, Ovarialtumor als Geburtshindernis. Gyn. Ges. zu Breslau. 14. Mai. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 260. (Reposition misslang, Punktion von der Vagina aus. Spontangeburt. Am 14. Wochenbettstage Operation. Heilung.)
7. Bott, Stanley, Pregnancy and an ovarian cyst containing 32 pints of fluid. Lancet. July 13. p. 84. (30jährige Patientin, gravid seit Februar 1911. Seit August abnormer Leibumfang beobachtet. Ende Oktober spontane Entbindung. Danach wurde eine grosse Ovarialzyste festgestellt. Allgemeinzustand schlecht, Lungenödem. Punktion der Zyste, es entleeren sich 29 Pints Flüssigkeit. Einige Tage später nach Erholung der Patientin wurde die Zyste des rechten Ovariums entfernt.)
8. Couvelaire, Ablation par voie abdominale des tumeurs ovariennes pelviennes à la fin de la grossesse et pendant le travail, sans section césarienne préalable. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Séance du 8 Janv. La Gyn. Nr. 3. p. 161. Bull. de la soc. obst. Janv. Nr. 1. p. 23. (Zwei Fälle, einer im siebenten Monate der Schwangerschaft, einer unter der Geburt. Entfernung von orangegrossen Parovarialzysten, die im kleinen Becken sassen. Der Zugang wurde durch Herauswälzen des Uterus erzielt. Im ersten Falle trat Frühgeburt ein.)
9. *Fabre et Trillat, Kystes de l'ovaire et puerpéralité. Réunion obst. et gyn. de Lyon. 13 Mai. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. Nr. 5. p. 506. (In acht Jahren wurde in sieben Fällen eine Komplikation der Schwangerschaft, der Geburt oder des Wochenbettes mit Ovarialkystomen beobachtet. I. Fall: Igravida im dritten Monat, links kindskopfgrosser Ovarialtumor. Entfernung der Zyste durch Laparotomie. Acht Tage später Abort. II. Fall: Multilokuläre Zyste. Im achten Schwangerschaftsmonat Entfernung durch Laparotomie. Frühgeburt in der nächsten Nacht. Fall III: Dermoidzyste im Becken bei Schwangerschaft im achten Monat. Entfernung auf vaginalem Wege. 48 Stunden später Frühgeburt. Kind hatte sichere Zeichen von Lues. Fall IV: IVpara. Zyste im Becken als Geburtshindernis. Punktion der Zyste. Becken verengt. Kopf tritt nicht ein. Wendung und Extraktion. Kind stirbt nach einer Stunde an intrakraniellen Blutungen. Die Entwickelung des Kopfes war sehr schwierig. Fall V: Ipara mit einer orangengrossen Ovarialzyste, die sich oberhalb des Beckens befindet. Geburt verläuft spontan, ohne alle Besonderheiten.)
10. Gminder, Ovarialkystom als Geburtshindernis. Ärztl. Verein Essen a. R. 26. März. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 24. p. 1158. (Wendung. Becken des Kindes geht an Tumor nicht vorbei. In Knieellenbogenlage Tumor leicht reponiert. Kind lebt. Nach 14 Tagen Exstirpation des Tumors.)
11. Guicciardi, Giuseppe, Seltener Ausgang der Komplikation von Ovarialzyste und Schwangerschaft. Ginec. Nr. 5.
12. Hellier, J. B., Caesarean section for labour obstructed by a suppurating ovarian dermoid cyst. Lancet. April 27. p. 1129. (Ovarienzyste unter der Geburt im Douglasschen Raum. Laparotomie. Die Zyste erwies sich als vereitert und wurde entfernt. Kaiserschnitt. Entfernung des Uterus nach Porro. Mikroskopisch: Dermoid. Die Uterusentfernung wurde mit Rücksicht auf die Eiterung im kleinen Becken vorgenommen.)
13. Lepage, Discussion de la question du traitement des kystes de l'ovaire praevia au cours de la grossesse et du travail. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 2. p. 66. (Während der Schwangerschaft wird zur Entfernung der Zyste durch Laparotomie geraten, unter der Geburt wird der Versuch einer Punktion des Tumors von der Scheide aus empfohlen.)
14. Maire et Clergier, Rupture spontanée pendant les suites de couches d'un kyste de l'ovaire, prise pour une péritonite tuberculeux. Soc. d'obst. de Paris. 9 Déc. Bull. de la soc. d'obst. Nr. 9. Déc. p. 965. Presse méd. Nr. 105. p. 1069. (Starke Auftreibung des Leibes, so dass an Zwillingsschwangerschaft gedacht wurde. Nach der Geburt des Kindes stellte man die Diagnose auf tuberkulöse Peritonitis. Da der Zustand der Frau sich verschlechterte, wurde acht Tage später die Laparotomie gemacht und eine rupturierte Ovarienzyste gefunden. 10 Liter gelatinöse Flüssigkeit in der Bauchhöhle.)
15. Marshall, G. Balfour, Case of right cystoma with acute torsion of the right Fallopian tube and broad ligament complicating a sixt months pregnancy. Journ. of Obst. and Gyn. May. Vol. 21. Nr. 5. p. 268. (26jährige Vpara, während der Schwangerschaft Schmerzen rechts in der Lumbalgegend. Im Leib ein zystischer Tumor palpabel. Nach Zuhilfenahme der Kystoskopie, der Röntgenstrahlen usw. wurde Diagnose

auf rechtsseitige Hydronephrose gestellt. Wegen bedrohlicher, peritonitischer Erscheinungen Laparotomie, die die wahre Natur der Erkrankung aufdeckt.)

16. *Mériel, E., Le moment opportun de l'ovariotomie dans la torsion pédiculaire des kystes ovariques pendant les suites de couches. Réunion obst. et gyn. de Toulouse. Mars. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. Nr. 3. p. 294. La Gyn. p. 295.

17. Oui, Embryomes de l'ovaire et grossesse. Réunion obst. de Lille. 24 Janv. Bull. d'obst. Nr. 1. p. 52. (I. Schwangerschaft im dritten Monat, Igravida. Rechtsseitiger, orangengrosser Ovarialtumor. Urinbeschwerden. Laparotomie. Entfernung des Tumors, der sich als Embryom erweist. Kein Abort. II. 28jährige Frau, VIIIpara. Leibschmerzen, Gravidität im zweiten Monat, eigrosser Ovarientumor, Laparotomie, Entfernung des Tumors. Embryom, 200 g schwer. Kein Abort.)

18. Pottet et Lévy, Discussion sur le traitement des kystes de l'ovaire praevia. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 22 Avril. Presse méd. Nr. 39. p. 422. Bull. de la soc. d'obst. Nr. 4. Avril. p. 316. (Parovarialzyste als Geburtshindernis im kleinen Becken. Frau nach Blasensprung bereits wiederholt untersucht. Laparotomie. Da an die Zyste nicht heranzukommen ist, wird der Kaiserschnitt gemacht, dann die Zyste und schliesslich auch der Uterus nach Porro entfernt. In der Diskussion weist Lepage darauf hin, dass nach seiner Ansicht auch die Punktion der Zyste von der Vagina aus zum Ziel geführt hätte.)

19. Reblaud, Dystocie par kyste dermoide de l'ovaire. Refoulement de la tumeur. Terminaison de l'accouchement par le forceps. Soc. des chir. de Paris. 24 Mai. Presse méd. Nr. 49. p. 520. (Dermoidzyste im Becken als Geburtshindernis. Es gelang, sie zu reponieren und das Kind mit der Zange zu extrahieren. Nach der Entbindung trat eine deutliche Verkleinerung der Zyste ein. In der nächsten Schwangerschaft wurde sie wieder grösser. Im dritten Monat dieser Schwangerschaft wurde sie entfernt.)

20. Sauvage, Discussion sur la conduite à ténir en cas de kyste de l'ovaire praevia. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 3. p. 203.

21. Stade, Rasch wachsende linksseitige Ovarialzyste im Beginne der Schwangerschaft. Ärztl. Verein zu Essen-Ruhr. 5. Nov. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 49. p. 2338. (Laparotomie. An der Basis der Zyste das Corpus luteum verum. Abort am siebenten Tage.)

22. Stroebe, Gravidität im dritten bis vierten Monat bei doppelseitigem primärem Ovarialkarzinom. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. 9. Nov. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1913. Bd. 37. p. 684. (Beiderseits übermannsfaustgrosse, bucklige Tumoren.)

23. Tissier, Discussion de la question du traitement des kystes de l'ovaire praevia au cours de la grossesse et du travail. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 2. p. 73. (Frau am Ende der Schwangerschaft mit grossem zystischen Tumor im kleinen Becken. Es wurde der Kaiserschnitt gemacht. Die Zyste lag retroperitoneal.)

24. Vanverts, Kystes de l'ovaire et du parovaire et grossesse; trois observations. Echo méd. du Nord. Nr. 13. Réunion obst. de Lille. 24 Janv. Bull. de la soc. d'obst. Nr. 1. p. 55. (I. 41jährige Frau, VIIIgravida, 1905 rechtsseitige Ovarialzyste. 1906 normale Entbindung. 1909 Zyste ist gewachsen. Wird durch Laparotomie entfernt. Heilung. II. 18jährige Frau, im fünften Monat gravid, plötzlich mit heftigen Leibschmerzen und peritonitischen Symptomen erkrankt. Rechts Tumor. Laparotomie. Stielgedrehter Ovarientumor. Exstirpation. Es tritt Abort ein. III. 22jährige Frau, mit heftigen Leibschmerzen erkrankt. Spontan Abort im achten Monat. Danach wird ein Tumor mit Aszites festgestellt. Punktion des Abdomen. Nach 12 Tagen Exitus. Sektion verweigert.)

25. Vincent, Ferrari et Laffont, Kyste suppuré de l'ovaire operé pendant la grossesse. Rupture du kyste pendant l'opération. Césarienne suivie d'hystérectomie. Réunion obst. et gyn. d'Alger. Séance du 20 Avril. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 4. Avril. p. 362. (25jähtige Ipara im siebenten Monat der Schwangerschaft. Seit dem fünften Schwangerschaftsmonat zeitweise heftige Leibschmerzen. Neben dem Uterus im Douglas ein Tumor von Faustgrösse. Diagnose: eingeklemmtes Ovarialkystom. Einen Monat später wegen andauernden Schmerzen Laparotomie. Links stielgedrehtes Ovarialkystom. Verwachsungen werden gelöst. Beim Herauswälzen reisst der Tumor ein und es ergiesst sich stinkender Eiter in die Bauchhöhle. Aus diesem Grunde wird der Kaiserschnitt mit nachfolgender Entfernung des Uterus gemacht. Drainage nach der Bauchwunde und der Vagina hin. Heilung. Das

asphyktische Kind wog 2000 g. Es wurde durch Traitement mixte am Leben erhalten. Im Eiter Kolibazillen.)
26. Violet, Stielgedrehte Ovarialzyste und frühe Schwangerschaft; Abtragung der Zyste und des gelben Körpers. Abort. Revue mens. de gyn. 1911. Nr. 10. (Wiederholt Aborte. Neue Schwangerschaft mit Stieldrehung eines Ovarialkystoms. Der entfernte Tumor enthält ein frisches Corpus luteum. Abort.)
27. Walker, John F., Rupture of a dermoid cyst during parturition. Brit. med. Journ. Dec. 7. p. 1607. (35jährige Frau, kreissend, IIpara, Zange, leichte Expression der Plazenta, alles ohne besondere Zwischenfälle. Danach Erbrechen und schnell zunehmende, sonstige peritonitische Erscheinungen [Pulsbeschleunigung, Bauchdeckenspannung]. Laparotomie. Rupturierte Dermoidzyste, die entfernt wird. Heilung.)
28. Wiesinger, Ovarialgeschwulst und Schwangerschaft. Pester med.-chir. Presse. Nr. 17.

Fabre und Trillat (9): Während der Schwangerschaft ist soweit als möglich bei Ovarialtumoren abzuwarten, da ein Eingreifen sehr häufig eine Unterbrechung der Schwangerschaft zur Folge hat. Nur bei Sitz des Tumors im Becken und bei sehr grossen Tumoren ist einzugreifen, aber immer erst zu einer Zeit, wo das Kind bereits lebensfähig ist. Nur wenn dringende Indikation vorliegt (Stieldrehung, Eiterung, Ruptur) ist sofort einzugreifen. Die Art des Eingriffes, ob abdominal oder vaginal, soll abhängig sein vom Sitz des Tumors. Die Punktion der Zyste unter der Geburt ist nicht völlig zu verwerfen, sie hat ihre Vorzüge unter dringlichen Umständen. In der anschliessenden Diskussion meint Planchu, dass die Gynäkologen die Gefahren einer Operation für das Fortbestehen der Schwangerschaft zu gering anschlügen. Er tritt für ein möglichst abwartendes Verfahren ein.

Auch Mériel (16) und in der anschliessenden Diskussion auch Fournier, Secheyron und Audebert treten für ein abwartendes Verhalten gegenüber Ovarialzysten in der Schwangerschaft und unter der Geburt ein. Nur wenn z. B. durch Stieldrehung bedrohliche Erscheinungen auftreten, soll operiert werden.

Bei Ovarialtumoren, die die Geburtswege verlegen, gibt Bar (2) unter allen Umständen der Laparotomie und Entfernung der Zyste den Vorzug. Auf dem gleichen Standpunkt steht Gauvoye, sofern er nicht die Zyste manuell von der Vagina aus reponieren kann. In einem Falle machte er von der Punktion der Zyste unter der Geburt Gebrauch. Ein Erfolg blieb aus, da es sich um ein Embryom handelte. Es musste die Laparotomie gemacht werden.

Bender (5) tritt unter Mitteilung eines einschlägigen Falles für die Punktion der Zyste von der Vagina aus ein, falls äussere Umstände eine Laparotomie unmöglich oder zu gefährlich machen. Sonst gibt auch er der Laparotomie mit Entfernung der Zyste den Vorzug.

10. Neubildungen bei Kindern (siehe auch unter 7 und 13).

1. Brun, Contribution à l'étude des kystes de l'ovaire chez l'enfant. Thèse. Bordeaux 1911. (Langsames Wachstum, bis Stieldrehung eintritt. Gewöhnlich sind es Dermoidzysten, bisweilen auch follikuläre Zysten.)
2. Gross, Fibrosarkom des linken Ovariums. Verein Deutscher Ärzte in Prag. Sitzg. vom 19. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 7. p. 391. Prager med. Wochenschr. 1911. Nr. 7. (Grosses, 4 kg schweres Fibrosarkom des linken Ovariums bei einem 14½jährigen Mädchen. Es bestand Amenorrhoe, rasches Wachstum, Fieber, Schmerzen und Stieldrehung.)
3. Gushee, Edward E., Bericht über einen Fall von Dermoidzyste des Ovariums bei einem 13jährigen Mädchen. Bull. of the Lying-in Hospital. Nov. Vol. 8. Nr. 4. (Stielgedrehte Dermoidzyste von Weintraubengrösse bei 13jährigem Mädchen. Sie enthielt einen Zahn, Haare, Hautdrüsen, Knochen und Knorpel. In der Literatur nur 14 Fälle von Dermoidzysten bei Mädchen im Alter von 3—15 Jahren.)
4. Harythorn, Zahebel, Cancer de l'ovaire chez une fillette de 12 ans. Amer. Journ. of med. scienc. Febr.

5. Klauhammer, Wilhelm, Über Ovarialtumoren bei Kindern. Inaug.-Diss. Jena.
6. Labey and Haythorn, Cancer of the ovary in a girl aged eleven years. Amer. Journ. of med. Soc. Vol. 143. Nr. 2. Brit. med. Journ. Dec. 14. p. 87. (11 jähriges Mädchen, Entfernung des Wurmfortsatzes, dabei Punktion einiger Ovarialzysten. Nach sechs Monaten neue Laparotomie wegen Verdacht auf tuberkulöse Peritonitis. Im ganzen Abdomen Tumorknoten. Sektion: Primäres Adenokarzinom der Ovarien mit Metastasen in den verschiedensten Organen.)
7. Nagel, W., Ovarialkystome. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 10. Nov. 1911. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. p. 714. (I. Myom, kompliziert mit doppelseitigem Ovarialkytom. II. Kindskopfgrosses Ovarialkystom bei fünfjährigem Mächen. Stieldrehung.)
8. Philipsborn, Ovarialsarkom. Verein f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Berlin. Sitzg. vom 11. März. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 16. p. 778. (Vierjähriges Mädchen. Mit Fieber und Erbrechen erkrankt. Kindskopfgrosser Tumor des rechten Ovariums. Histologisch: Spindelzellensarkom.)
9. Verebély, Tibor, Korai fanosodászal jánó petefészekdaganat. Aus der Sitzg. des kgl. Ärztevereins am 2. Dez. 1911. Orvosi Hetilap. Nr. 6. (Bericht über ein sechsjähriges Mädchen, welches an einem Eierstocksarkom litt. Das Kind wies die Zeichen der geschlechtlichen Reife auf und war regelmässig menstruiert.) (Temesváry.)

11. Pseudomucinöse Kystadenome, Pseudomyxoma peritonei.

1. Delaunay, E., Kyste de l'ovaire. Soc. des chir. de Paris. 12 Juillet. Presse méd. Nr. 64. p. 664. (Grosses Pseudomuzinkystom des Ovariums. Das Netz war verwandelt in eine Scheibe von mehreren Zentimetern Dicke, an seiner Oberfläche war es besetzt mit Knötchen von Hirsekorn- bis Kleinerbsengrösse, die angefüllt waren mit einer weisslichen, gelatinösen Masse.)
2. Eden, Thomas Walls, A case of pseudomyxoma of the peritoneum arising from perforation of a gelatinous ovarian cyst and associated with similian cystic Disease of the vermiform appendix. Lancet. Nov. 30. p. 1498. (46 jährige Frau, kinderlos, Menstruation fehlt seit 11 Jahren, rechts ein grosser Tumor, der als Ovarialzyste gedeutet wurde. Laparotomie. Geplatzte rechtsseitige Ovarialzyste, ihr gallertiger Inhalt hatte sich in die Bauchhöhle ergossen. Die Gallerte wurde soweit als möglich unter Zuhilfenahme von Spülungen mit Kochsalzlösung entfernt. Linkes Ovarium normal. $2\frac{1}{4}$ Jahre später ein ähnlicher Tumor links mit dem gleichen Befund bei der Laparotomie. Der Wurmfortsatz war gerötet und verdickt, beim Aufschneiden entleerte er gallertige Massen.)
3. *Eymer, H., Beeinflussung von proliferierenden Ovarialtumoren durch Röntgenstrahlen. Strahlentherapie. Bd. 1. Heft 3. p. 358.
4. *Fraenkel, Eugen, Über das sogenannte Pseudomyxoma peritonei. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 21 u. 22. p. 1142 u. 1222.
5. Grawitz, P., Pseudomyxoma peritonei. Greifswalder med. Verein. Sitzg. vom 6. Dez. Deutsche med. Wochenschr. 1913. Nr. 8. p. 387. (49 jährige Frau. Laparotomie. Entfernung einer hellgelben, zähen Schleimmasse, die an Stärkekleister erinnerte und überhaupt kein Gewebe aufwies. Acht Tage später Sektion. Zwischen den Bauchorganen neben fauligen Blutklümpchen die gleichen Schleimmassen. Geplatztes Kystom des rechten Ovariums. In der Diskussion berichtet Kroemer über einen gleichen Fall.)
6. Laroyenne et Bouget, Greffe épithéliale intrapariétale au niveau d'une cicatrice de laparotomie pour ovariotomie. Soc. de scienc. méd. de Lyon. 6 Mars. La Gyn. Nr. 7. p. 429. (68 jährige Frau. Vor 16 Jahren Laparotomie. Wahrscheinlich Ovariotomie. Vor 13 Jahren trat eine kleine Nabelhernie auf und gleichzeitig ein wenig unterhalb des Nabels ein kleiner subkutaner Tumor im Bereiche der Laparotomienarbe. Der Tumor wuchs langsam bis zur Grösse einer Walnuss. Vor einem halben Jahr Laparotomie wegen Tumorbildung im Becken. Eiter im Becken. Drainage. Der erwähnte Knoten wird entfernt, er sass dem Peritoneum parietale auf. Mikroskopisch erwies er sich als Pseudomuzinzyste.)
7. Mohr, L., Isolierte Metastase in den Bauchdecken nach Ovariotomie wegen multilokulärem Kystoma pseudomucinosum des Ovars vor $1\frac{1}{2}$ Jahren. Gyn. Ges. zu Breslau. 11. Juni. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 367. (Durch Laparotomie war eine mehrkammerige, pseudomuzinöse Zyste des rechten Ovariums entfernt. Bei Er-

öffnung der Bauchhöhle bereits gallertige Flüssigkeit im freien Abdomen. Exstirpation der Zyste. Ein Jahr später in der Narbe ein ca. hühnereigrosser Tumor, der aus den Bauchdecken entfernt wurde. Peritoneum war frei. Der Knoten bestand aus einer gallertigen Masse, umgeben von derben Partien.)

8. Nagel, Myxom des Ovariums. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 23. Febr. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 71. p. 674. (42jährige Frau, Laparotomie wegen zunehmendem Umfange des Leibes. Es quollen sofort gallertige Massen aus der Bauchhöhle. Links Ovarialkystom mit kleinen, aber dünnwandigen Hohlräumen wurde entfernt. Rechtes Ovarium gesund. Mit Kochsalzlösung wurden die gallertigen Massen fortgespült. Das Peritoneum war injiziert, aber frei von Wucherungen. Diskussion: Robert Meyer, Flaischlen.)

9. Rathe, Pseudomyxoma peritonei mit Beteiligung der Ovarien und des Appendix. Gyn. Ges. zu Breslau. 17. Dez. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 14. p. 504. (Diskussion: Bondy, Biermer, Peiser, L. Fraenkel, Klaatsch, Rathe, Asch.)

10. Rosenstein, Cystadenoma pseudomucinosum mit Adenocarcinoma ovarii utriusque. Gyn. Ges. zu Breslau. 23. Jan. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 507.

11. — Pseudomuzinöses Kystadenom. Gyn. Ges. zu Breslau. 14. Mai. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 253.

12. Violet et Santy, Un cas de greffe bénigne dans une cicatrice de laparotomie pour kyste mucoide de l'ovaire. Soc. des scienc. méd. de Lyon. 6 Mars. La Gyn. Nr. 7. p. 426. (32jährige Frau. Vor 10 Jahren zum erstenmal wegen einer Ovarialzyste operiert. Vor fünf Jahren neue Operation wegen Mukoidzyste des anderen Ovariums. Vor 2½ Monaten wieder zum Arzt wegen Zyste im Becken. Bei der Laparotomie fand man in der alten Narbe eingebettet in Bindegewebe eine geleeartige Masse von Haselnussgrösse, die mit dem umgebenden Bindegewebe reseziert wurde. In der Bauchhöhle mehrere Liter einer geleeartigen Masse. Im Becken eine intraligamentäre Zyste. Pseudomuzinkystom. Es wird das Vorliegen einer Implantation in die Bauchdecken bei der zweiten Operation angenommen. In der Diskussion machen Goullioud, Condamin und Albertin darauf aufmerksam, dass man Frauen mit Pseudomuzinzysten dauernd in Beobachtung behalten müsse.)

13. *Wilson, Thomas, On gelatinous glandular cysts of the ovary, and the so-called pseudomyxoma of the peritoneum. Journ. of obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Oct. p. 191. Nov. p. 305.

E. Fraenkel (4) kommt unter Mitteilung zweier weiterer Fälle zu dem Schluss, dass die beim Pseudomyxoma peritonei in der Bauchhöhle gefundenen zystischen Gebilde echte zystische Neubildungen, Implantationsmetastasen von Ovarialzysten aus wären. Es gelang ihm ohne weiteres, an vielen Stellen der Zysten hohes Zylinderepithel nachzuweisen. In dem einen Fall fanden sich haselnuss- bis apfelgrosse Zysten zwischen Bauchfell und Muskulatur der Bauchwand. Auch hier war das Zylinderepithel zu sehen. Diese Zysten lagen also ausserhalb des Bauchraumes. Nach Fraenkels Ansicht handelt es sich hier um einen rein mechanischen Vorgang, um ein Hereinpressen in das Gewebe und nicht um eine Verschleppung auf dem Blut- oder Lymphwege, also um Metastasenbildung im eigentlichen Sinne.

Wilson (13) fand unter 331 Frauen, die wegen Ovarialtumoren operiert wurden, 144 mit Pseudomuzinkystomen, darunter sechs mit typischem Pseudomyxoma peritonei. Das Alter dieser sechs Frauen schwankte zwischen 38 und 74 Jahren. Die Behandlung soll in der möglichst vollständigen Entfernung der gelatinösen Massen, wenn nötig unter Zuhilfenahme von Spülungen mit Kochsalzlösung geschehen. Eine von den sechs Patientinnen starb nach der Operation; eine 2 Jahre später an Psoasabszess, einige kleine Zysten waren im Becken vorhanden, drei waren nach acht, sieben und zwei Jahren noch gesund, die letzte wurde erst vor einem Jahre operiert.

Eymer (3) fand nach der Röntgenbestrahlung ein Pseudomuzinkystom und ein Ovarialsarkom kleiner werden.

12. Papilläre Kystadenome (siehe auch unter 4).

1. Briggs, Zwei Ovarialadenome. North of England Obst. and Gyn. Soc. Jan. 12. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 21. Nr. 2. p. 115.
2. Chaput et Le Jemtel, Volumineuse tumeur végétante de l'ovaire chez une femme enceinte; ablation de la tumeur par l'abdomen; accouchement d'un enfant mort-né; mort de la malade par cachexie au bout de six semaines. Soc. de chir. 27 Mars. Presse méd. Nr. 30. p. 307. (37jährige Frau, 6½ Monat der Schwangerschaft, schnell fortschreitende Kachexie. Grosser Tumor zwischen Uterus und Rektum, Laparotomie. Grosser papillärer Ovarialtumor rechts. Abort, Kind war tot. Frau starb an fortschreitender Kachexie.)
3. Croft, E. O., Cystadenomatous ovarian tumour with well marked calcification of the cysts wall. North of England Obst. and Gyn. Soc. May 17. Journ. of Obst. of Brit. Emp. June. p. 359. (Nähere Angaben sind nicht gemacht.)
4. Delmas, J., et Aymes, Sur les tumeurs papillaires de l'ovaire. La Gyn. Nr. 5. p. 285. (I. 56jährige Frau. Laparotomie. 10 Liter Aszites. Die ganze Peritonealhöhle ist übersät mit kleinen Knötchen. Links kindskopfgrosser, papillärer Ovarialtumor, rechts ein kleinerer, die entfernt werden. II. 65jährige Patientin. Bei der Laparotomie sechs Liter Aszites. Die Ovarien orangegross, besetzt mit warzenförmigen Exkreszenzen. Solche auch auf dem Uterus, der Blase und dem Rektum. Die Ovarien werden entfernt. III. 36jährige Frau. Inzision wegen Aszites, es entleeren sich über 10 Liter. Im Abdomen nimmt man überall Tumormassen wahr. Nach einem Monat nochmals ebensoviel Aszites abgelassen.)
5. Forssner, Hj., Fall von Cystadenom eines Ovarium accessorium. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Gesellsch. schwed. Ärzte. Hygiea. Nr. 4. (Silas Lindquist.)
6. Gminder, Papilläres Ovarialkystom. Ärztl. Verein Essen-Ruhr. 26. März. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 24. p. 1157.
7. Mériel, E., Kyste racémeux des deux ovaires. Soc. obst. de Toulouse. 4 Déc. Bull. de la soc. d'obst. Nr. 9. Déc. p. 1075.
8. Rosenstein, Cystadenoma seros. papillare ovarii utriusque. Gyn. Ges. zu Breslau. 23. Jan. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 509.

13. Karzinome (siehe auch unter 3, 4, 8 und 10).

1. Ahlström, E., Fall von inoperabler kanzeröser Ovarialzyste; Marsupialisation; Einlegung von Radium in die Zyste; Verbesserung. Verhandl. d. obst-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. Nr. 4. (Silas Lindquist.)
2. Beckmann, Palliativoperation eines Kolloidkrebses der Ovarien und des grossen Netzes. Journ. akusch. i shensk. bol. Juli-August. Sitzungsber. d. geb.-gyn. Ges. zu St. Petersburg. (Das Netz wurde reseziert und war 32 × 24 cm gross und 3—4 cm dick. Die entfernten Ovarialgeschwülste waren faustgross. Kein Aszites, dagegen war die Bauchhöhle mit gallertähnlichen, blassgelben Massen angefüllt, die mit den Händen ausgeschöpft werden mussten. Das Netz hatte eine honigwabenförmige Struktur und war von kleinen gallerthaltigen Bläschen durchsetzt. Mikroskopisch Zylinderzellenkolloidkrebs. Heilung per primam. Ein Jahr und einen Monat fühlte sich Patientin gesund, danach Rezidivsymptome. Die palliative Operation brachte also der Patientin grossen Nutzen. Trotz vollständiger Resektion des Netzes keine Magenerscheinungen.) (H. Jentter.)
3. Eylenburg, Karzinomatös entartete Ovarialtumoren. Gyn. Ges. zu Breslau. 26. Okt. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 14. p. 501. (I. 54jährige Patientin. Drei Dermoidtumoren von beiden Ovarien von Kirsch- bis Faustgrösse. Der grösste Tumor ist ein Plattenepithelkarzinom, ausgehend von der Epidermis der Dermoidhaut. In der Literatur ca. 52 derartige Fälle. II. 44jährige Patientin mit faustgrossen, doppelseitigen, papillomatösen, serösen Ovarialkystomen. Mikroskopisch an einigen Stellen: Zylinderzellenkarzinom.)
4. Freund, H., Grosser Schleimkrebs des linken Eierstockes bei einer 23jährigen Frau. Unterelsäss. Ärzteverein. Strassburg. Sitzg. vom 2. März. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 32. p. 1525. (Einseitiger Tumor, bei der Operation liess sich sonst nirgends im Abdomen ein Tumor feststellen. Nur im Netz erbsengrosse Metastasen.)

5. Grote, Polycystoma ovarii dextri nach karzinomatöser Degeneration. Geb. Ges. zu Hamburg. 5. März. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. p. 710. (53jährige Frau. Vor sechs und drei Jahren Entfernung der Brüste wegen Karzinom. Tumor des rechten Ovariums. Zum Teil mit einschichtigem Zylinderepithel ausgekleidete zystische Hohlräume, zum Teil Epithel mehrschichtig, kubisch und Zapfen in die Tiefe treibend. Es handelt sich also nicht um ein Rezidiv nach Mammakarzinom. Das zweite Ovarium war gesund.)
6. Kjargaard, S., Karcinomatóst Overfläde papillom af Ovarierne. Oberflächenpapillom karzinomatöser Art der Ovarien. Ges. f. Gyn. u. Obst. 8. Nov. 1911. Ref. Ugeskrift for Laeger. p. 1226. (O. Horn.)
7. Kroemer, Paul, Über die palliative Behandlung der Ovarialkarzinome und der anatomisch zweifelhaften Tumoren. Gyn. Rundschau. Nr. 17. Greifswalder med. Verein. 28. Juni. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 49. p. 2338.
8. Masson, Tumeur ovarienne („Pflügerome"). Soc. anat. de Paris. 15 Nov. Presse méd. Nr. 98. p. 996. (Ovarialtumor mit Metastasen auf dem Lymphwege. Er baut sich auf aus soliden Schläuchen kleiner Zellen, die ganz das Aussehen von Pflügerschen Schläuchen haben. Es wird daher für derartige Tumoren die Bezeichnung „Pflügerome" vorgeschlagen.)
9. Rosenstein, Adenokarzinom des linken Ovariums. Gyn. Ges. zu Breslau. 14. Mai. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 251. (Kindskopfgrosser Tumor mit kirschgrosser Metastase in den rechten Adnexen.)
10. — Carcinoma ovarii dextra. Gyn. Ges. zu Breslau. 23. Mai. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 509 u. 510.
11. Rosinski, Medullarkarzinom beider Ovarien. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. 23. Nov. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1913. Bd. 37. p. 220. (15jähriges Mädchen, nach unvollständiger Entfernung anscheinend guter Erfolg nach Röntgenbestrahlung.)
12. Sänger, H., Über ein primäres und über ein metastatisches Ovarialkarzinom mit Milchbildung in den Brustdrüsen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 436.
13. Schaeffer, Primäres oder metastatisches Ovarialkarzinom. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 28. Jan. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 109. Mitteil. aus den Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 24. Heft 2. (Bei der Operation fand sich ein derber Tumor des linken Ovariums. An der kleinen Kurvatur des Magens eine derbe, flächenhafte Infiltration. Da sich Metastasen sonst fast nur im Bereiche der linken Spermatikallymphbahn befanden, glaubt Verf. den Fall als primäres Ovarialkarzinom deuten zu sollen.)
14. Strassmann, P., Maligner Knollen in der Scheidendamminzision nach Radikaloperation bei malignen Ovarialtumoren. Ges. f. Geb. u. Gyn. in Berlin. 26. Jan. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. p. 926. (1909 vaginale Radikaloperation wegen doppelseitigem, papillärem Kystom mit karzinomatösen Stellen. Jetzt Infiltration im Becken und Knoten in der Scheidendamminzision.)
15. Treub, H., Over de verbreiding v. h. Ovarial carcinom. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1911. Heft 20. p. 1477. (Ovarialkarzinome verbreiten sich dem Peritoneum entlang und geben allgemeine peritonitische Karzinose mit Aszites. In vier Fällen sah Treub Verbreitung auf dem Uterus, den Lymphwegen des Lig lat. entlang. Die Tuben bleiben gesund, die Metastasen findet man im Uterusmuskel, darum soll man immer den Uterus mitentfernen. Mortalität des Cystadenoma carcinomatosa ovarii 93 %.) (W. Holleman.)
16. Villard et Murard, Degenerierte doppelseitige Ovarienzyste. Abtragung, acht Jahre später Rezidiv in den Supraklavikulardrüsen. Lyon méd. Nr. 25. (56jährige Patientin. 1904 Laparotomie wegen maligner doppelseitiger Ovarienzyste mit zahlreichen, disseminierten Metastasen im Bereiche des ganzen Peritoneums. Erst nach acht Jahren Rezidive und zwar über beiden Claviculae, nicht mehr entfernbar. Mikroskopisch boten sie das gleiche Bild wie vorher die Ovarialtumoren und die Metastasen im Peritoneum.)
17. Wells, Papillary carcinoma of the ovary. Transact. of the New York Obst. Soc. Oct. 8. Amer. Journ. of Obst. 1913. Jan. Vol. 67. p. 142. (Papilläres Adenokarzinom des Ovariums, das histologisch teilweise an Sarkom oder Endotheliom erinnerte.)

Kroemer (7) berichtet, dass in Pommern etwa jeder dritte Ovarialtumor bösartiger Natur sei. Als palliative Massnahmen bei bösartigen oder zweifelhaften

Ovarialtumoren kämen in Betracht: Beseitigen des Aszites durch Anlegung einer Drainagefistel, Anlegung von Enteroanastomosen oder eines Anus praeternaturalis bei adhäsiver Peritonitis mit Neigung zu chronischem Ileus, Entfernung von grossen Primärtumoren unter Zurücklassnng zahlreicher Metastasen, Entfernung von Metastasen, welche durch ihre Grösse und Behinderung der Darmtätigkeit gefährlich sind, beim Zurücklassen des Primärtumors.

14. Fibroide.

1. Auvray, A propos des ossifications des trompes et de l'ovaire. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 22 Avril. Presse méd. Nr. 39. p. 422. Bull. de la soc. d'obst. de Paris. Nr. 4. Avril. p. 314. (Im Uterus bestand ein Korpuskarzinom, im rechten Ovarium ein Fibroadenom und im linken ein verkalktes Fibromyom. Operative Entfernung. Er macht darauf aufmerksam, dass es sich bei den sogenannten Verknöcherungen im Ovarium einfach um Verkalkungen handelt. Nur die mikroskopische Untersuchung kann entscheiden, ob wirklich eine Ossifikation vorliegt.)
2. Devèze, Fibrome de l'ovaire à pédicule tordu. Réunion obst. de Montpellier. 4 Déc. Bull. de la soc. d'obst. Nr. 9. Déc. p. 1004. (Reines Fibrom des linken Ovariums. 1800 g schwer.)
3. Franzén, A., Fall von Fibromyom des Ovarium. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. Nr. 7. (Silas Lindquist.)
4. Glendining, B., Fibroadenomata of the ovarian fimbria and the question of the accessory ovary. Lancet. April 27. p. 1129. (Glendining glaubt, dass derartige Tumoren, die er in vier Fällen sah, häufig für akzessorische Ovarien angesehen würden.)
5. Gminder, Ovarialtumor. Ärztl. Verein zu Essen-Ruhr. Sitzg. vom 3. Dez. Berl. klin. Wochenschr. 1913. Nr. 7. p. 329. (70jährige Frau, mannskopfgrosses, solides Fibrom des Ovariums. Durch Stieldrehung Aszites. Heilung.)
6. Kaarsberg, Fibroma ovarii torquat. (Demonstration.) Ges. f. Gyn. u. Obst. 8. Nov. 1911. Ref. Ugeskrift for Laeger. p. 1231. (O. Horn.)
7. Keil, Fibrome und Fibrosarkome. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 77. Heft 2. (Ovarialtumoren. 1. Maligner Tumor, ausgehend vom Stroma des Ovariums, kompliziert mit beginnendem Karzinom der Tube. 2. Reines Fibrom mit Stieldrehung.)
8. Mandl, L., Fibrom des Ovariums. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 28. Nov. 1911. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19. p. 616. (Kindskopfgrosses Fibrom des linken Ovariums. An seiner Oberfläche einzelne bis kirschkerngrosse Zysten und zwei ältere Corpora lutea. Histologisch: ganz gleichmässig kleine Bindegewebszellen mit sehr reichlicher, feinfaseriger, fibrillärer Zwischensubstanz.)
9. Massabuau, Fibrome de l'ovaire. Abondantes métrorrhagies. Réunion obst. et gyn. de Montpellier. 5 Juin. Bull. de la soc. Juin. p. 674. (22jährige Frau, alle 15 bis 30 Tage starke und verlängerte Blutung. Im Douglas fast kindskopfgrosser Tumor, der später durch Laparotomie entfernt wird. Fibromyom des Ovariums mit Degenerationserscheinungen. Nach der Operation starke Milchsekretion. In der anschliessenden Diskussion berichten über ähnliche Fälle de Rouviell und Puech.)
10. Nannini, G., Voluminoso fibroma dell' ovaio. Grosses Eierstockfibrom. Rassegna di Ostetr. e Ginec. Anno XXI. Nr. 8. (Artom di Sant' Agnese.)
11. Pothérat, Enorme fibrome de l'ovaire; laparotomie; guérison. Soc. de chir. de Paris. 11 Déc. Presse méd. Nr. 104. p. 1060. (46jährige Frau, seit 10 Jahren entwickelte sich langsam ein Tumor im Leibe, in den letzten Jahren noch eine Entbindung ohne Schwierigkeiten, schliesslich wurde der Tumor durch seine Grösse beschwerlich. Laparotomie. Der Tumor ging mit einem Stiele rechts vom Uterus aus, er wird entfernt und ebenso der myomatöse Uterus. Histologisch stellte der Tumor ein Fibrom dar. Es bestanden aber Zweifel, ob er vom Uterus oder vom Ovarium ausging.)
12. Robertson, J. Archie, Bilateral fibromatosis of ovaries, with ossification of ovarian fibroma. Jackson county med. soc. March 26. Journ. of Amer. med. Assoc. Nov. 2. p. 1597. (18jährige Patientin, seit dem 14. Jahre unregelmässig menstruiert. Im Becken ein grosser, harter, unregelmässiger Tumor. Laparotomie. Entfernung des Tumors. Tumor 12,5 : 15 cm gross; 2,26 kg schwer. Fibrom, keine Zeichen eines Teratoms. Linkes Ovarium vergrössert, 4,5 : 6 cm, es enthält ein Fibrom. Auch das rechte Ovarium enthält Fibromknoten und eine Masse von elfenbeinartigem Aus-

sehen. Mikroskopisch stellt sie atypisches Knochengewebe dar. Vom pathologischen Anatomen wurde es für eine Metaplasie von Fibromgewebe erklärt und ein Teratom ausgeschlossen. Chemisch bestand ebenfalls ein Unterschied gegenüber verkalktem Gewebe.

	$Mg_3(PO_4)_2$	$CaCO_3$	$Ca_3(PO_4)_2$
Tumor:	1,65 %	10,40 %	84,88 %
Verkalktes Gewebe:	0,84—1,5 %	7,6—13,4 %	85,4—90,6 %
Normales Knochengewebe:	1,02—1,75 %	9,2—12,8 %	83,8—87,8 %.)

13. Sichel, C. C., Fibromyoma of the ovary. Transact. of the New York acad. of med. April 18. Amer. Journ. of Obst. Vol. 66. p. 450. (55jährige Frau, VIIpara, viel Aszites, Laparotomie, viel Verwachsungen des Darmes mit einem Tumor des rechten Ovarium, der entfernt wird. Mikroskopisch: Fibromyom. Linkes Ovarium intakt.)

15. Sarkome. Endotheliome (siehe auch unter 10, 11 und 14).

1. Beckmann, Rundzellensarkom des linken Ovariums. Journ. akusch. i shensk. bol. Okt. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu St. Petersburg. (Geschwulst von der Grösse einer ausgetragenen Schwangerschaft.) (H. Jentter.)
2. Flatau, Mannskopfgrosses Fibrosarkom des Ovariums. Ärztl. Verein zu Nürnberg. Sitzg. vom 18. April. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 32. p. 1787. (Im Anschluss an Wochenbett Stieldrehung, partielle Nekrose, akute adhäsive Peritonitis.)
3. Fraenkel, L., Eierstocksendotheliome. Gyn. Ges. zu Breslau. 14. Mai. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 258.
4. Hall, Morton E., Ein Fall von sogenanntem Krukenbergschen Ovarialtumor. Proceedings of the New York pathol. Soc. N. S. Vol. 12. Nr. 3 u. 4. (Kleiner Tumor im Ovarium, Metastasen in der Cervix und im Peritoneum. Tumor des Magens, Metastasen in den Drüsen. Der Magentumor wird als der primäre Tumor angesehen. Histologisch handelte es sich um einen Krukenbergschen Tumor.)
5. Hartz, H. J., Fall von sarkomatös degeneriertem Fibromyoma ovarii. Amer. Journ. of Obst. Oct. p. 544. (56jährige Frau, Vpara, 6,2 kg schwer. Tumor des rechten Ovariums, seit vier Jahren langsam gewachsen. Mikroskopisch: Fibromyom mit hyaliner Degeneration und Kalkeinlagerung; an verschiedenen Stellen Umwandlung in Rundzellensarkom.)
6. Herxheimer, Ovarium vom Schwein mit Rundzellensarkom. Verein der Ärzte Wiesbadens. 3. April. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 22. p. 1056. (Beide Ovarien in grosse Tumormassen verwandelt. Kleinere metastatische Knoten in beiden Nieren.)
7. Illner, Endothelioma ovarii. Gyn. Ges. zu Breslau. 26. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 645. (9,250 kg schwer; teils zystisch, teils schleimig entartet; mikroskopisch: Endothelioma ovarii mit sarkomatöser und myomatöser Entartung.)
8. Kuhlhoff, Carl, Ein Fall von Fibrosarcoma ovarii mucocellulare (carcinomatodes) nach Krukenberg. Inaug.-Diss. Erlangen.
9. Vogt, E., Sekundäres Melanosarkom des Ovarium. Verhandl. des VI. internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. p. 790. (I. 44jährige Frau, zwei spontane Geburten, seit einem Jahre Anschwellung des Leibes. Laparotomie. Zwei Tage später Exitus. Sektion: Melanosarcomatosis universalis. Die Bauchhöhle, Leber, Herz, retroperitonealen Lymphdrüsen, Blase und Milz waren ergriffen. Der primäre Tumor war ein Melanosarkom der Chorioidea des rechten Auges, das vor zwei Jahren deshalb exstirpiert wurde. Die Ovarien waren fast zweifaustgross, die rechten Anhänge wogen 250 g. Mikroskopisch: gemischtzelliges, stark pigmentiertes Sarkom. II. 37jährige Frau, vor zwei Jahren wegen eines Melanosarkoms des Oberschenkels operiert. Sektion: Allgemeine Metastasierung des Peritoneums, Pankreas, Nebennieren, Magen, Herz, Lungen, Gehirn, Knochenmark, Rippen und Schädelknochen. Die Metastasen im Ovarium waren stecknadelkopfgross. Mikroskopisch: gemischtzelliges pigmentiertes Melanosarkom.)
10. Wolkowitsch-Mebel, Sarkom der Geschlechtsdrüse und die Sexualorgane eines Hermaphroditen. Russki Wratsch. Nr. 12. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu Moskau. (H. Jentter.)

16. Embryome (siehe auch unter 3, 9 und 10).

1. Bender et Masson, Sur les tumeurs de l'ovaire. Soc. anat. de Paris. 15 Févr. Presse méd. Nr. 98. p. 996. (Demonstration von sieben soliden Tumoren des Ovariums, deren Bau in allen Einzelheiten den „séminomes testiculaires" entspricht.)
2. Condamin, Doppelseitiges Dermoid der Ovarien bei einer Multiparen. Lyon méd. 1911. Nr. 38. (11 Monate nach der Geburt des fünften Kindes Operation wegen doppelseitigen Dermoids. Beiderseits war nicht eine Spur von ovariellem Gewebe zu finden.)
3. Cullen, Ernest, Combined adenocarcinoma and mixed-celled sarcoma of ovary. John Hopkins Hosp. Bull. Oct. 1911. Vol. 22. Nr. 248. p. 367. Ref. Revue de gyn. Mai. p. 554.
4. *Dingels, Heinrich, Über das anatomische und klinische Verhalten der Struma thyreoidea ovarii. Inaug.-Diss. Bonn.
5. Fiebach, Ein Fall von Struma ovarii. Zieglers Beitr. Bd. 51. Heft 3. (50jährige Frau, mehrkammeriges glanduläres Kystom, auf der anderen Seite eine Zyste und ein adenomatös zystischer Tumor [Kolloidstruma].)
6. Gallant, Ernest, Ovarian dermoid with intrauterin pregnancy. Transact. of the New York acad. of med. March 28. Amer. Journ. of Obst. Vol. 65. p. 1028. (Schwangerschaft im dritten Monat, Dermoidkystom im rechten Ovarium.)
7. Grube, Fall von Dermoid. Geb. Ges. zu Hamburg. 29. Okt. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 3. p. 103.
8. Japie und Mériel, Teratom des Ovariums mit Riesenzellen. La Gyn. 1911. Nr. 9. (39jährige Nullipara. Kindskopfgrosses Myom. Zystischer Tumor des linken Ovariums, Teratom mit Riesenzellen in der Wand unter der Epidermis.)
9. Klotz, R., Ein Fall von primärem Chorionepitheliom des Ovariums, als Beitrag zur Frage des Epithelioma chorioectodermale. Oberrhein. gyn. Ges. 28. April. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 17. p. 369. (Kindskopfgrosse, rechtsseitige, intraligamentäre Geschwulst aus braunroten, markigen Massen bestehend. Mikroskopisch: Chorionepitheliom aus beiden Zottenelementen, Synzytium und Langhansschen Zellen bestehend, mit ausgedehnten Nekrosen und durchbluteten Partien. Zwei Monate später Rezidiv auf der Flexur und dem Uerus. Metastase im linken Ovarium. Für Schwangerschaft nirgends ein Anhalt. Es wird daher eine autochtone Geschwulst des Ovariums, und zwar ein primäres Chorionepitheliom angenommen. Es stellt also gewissermassen eine Übergangsform vom Teratom zum Epithelioma chorioectodermale dar.)
10. Kolesnikow, Ein Fall von Dermoid des Eierstockes. Wratsch. Gaz. Nr. 15. Sitzungsbericht der geb.-gyn. Ges. zu Kiew. (H. Jentter.)
11. Martin, James H., Right ovarian dermoid. Brit. med. Journ. July 27. p. 181.
12. Müglich, Struma ovarii. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. 29. Juni. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 376.
13. v. Neugebauer, Demonstration von Fettkugeln aus einem Ovarialdermoid, welches er in Krakau von Dr. Schlank in der Rosnerschen Klinik entfernen sah. Gyn. Sitzg. der Warschauer Ärztl. Ges. vom 24. Nov. 1911. Przeglad chir. i gyn. Bd. 6. Heft 3. p. 360. (Polnisch.) (Der entfernte Ovarialtumor war auf den Fussboden geworfen worden, platzte dabei und es ergoss sich aus ihm eine Menge gleichgrosser Fettkugeln von über 100 Stück. Es handelte sich um Stieldrehung des Dermoids und ausgedehnte Verwachsung mit der vorderen Uterusbauchwand. v. Neugebauer bespricht die Frage der Entstehung dieser Fettkugeln unter Heranziehung der bezüglichen Kasuistik, beginnend mit Rokitansky, Olshausen, Gebhard.) (v. Neugebauer.)
14. Oliver, James, Large broad ligament cyst with ovarian dermoid on the opposite side. Brit. med. Journ. Febr. 15. 1913. p. 339. (Parovarialzyste, ohne Besonderheiten.)
15. Plenz, Doppelseitiges Ovarialdermoid. Freie Vereinig. der Chirurgen Berlins. Sitzg. vom 11. März. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30. p. 1435. (Stieldrehung und Kugelbildung.)
16. Pothérat, Kyste dermoide de l'ovaire; ablation sans variations. Soc. de chir. de Paris. 20 Nov. (Demonstration einer Dermoidzyste von Hühnereigrösse, die aus dem intakt bleibenden Ovarium enukleiert werden konnte.)
17. Rosenstein, Doppelseitiges Dermoid. Gyn. Ges. zu Breslau. 14. Mai. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 252.

18. Sachs, Ein Fall von Dermoidzyste des Eierstocks. Ärztlich-sanitäre Chronik des Gouvernements Rjasan. Nr. 8. (H. Jentter.)
19. Schlank, Ovarialdermoid mit Fettkugeln als Inhalt. Sitzg. der Krakauer Gyn. Ges. am 14. Nov. 1911. Przeglad Lekarski. Nr. 7. p. 121. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
20. Suppow, Über Mischgeschwülste der Eierstöcke. Wratsch. Gaz. Nr. 45. Sitzungsber. d. geb.-gyn. Ges. zu Tomsk. (In dem Tumor wurde Schilddrüsengewebe gefunden.) (H. Jentter.)
21. Trapel, Georg, Zur Kenntnis der Struma ovarii. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. p. 192. (33jährige Frau. Drei normale Geburten, seit drei Monaten wachsende Geschwulst im Leibe. Laparotomie. Schwangerschaft im vierten Monat. Rechts davon knabenkopfgrosse, zystische Geschwulst, die entfernt wird. Einige Monate später tritt eine deutliche Vergrösserung beider Schilddrüsenlappen am Halse auf, sonst keine Erscheinungen. Ausser mehreren Zysten enthält die Geschwulst eine solide Partie von gelbbräunlicher bis braunrötlicher Farbe, kolloidglänzend und lappig. Mikroskopisch handelt es sich um eine stellenweise noch von Ovarialgewebe umgebene Dermoidzyste. Der Hauptbestandteil des soliden Tumors bestand aus Schilddrüsengewebe in einer Grösse von $9 \times 4\frac{1}{2} \times 3$ cm. Die postoperative Vergrösserung der Schilddrüse am Halse wird als vikariierender Prozess gedeutet und daraus eine der Schilddrüsenfunktion ähnliche Funktion der Struma ovarii gefolgert.)
22. Tsuge, Munesada, Dermoidkystom von einem versprengten dritten Ovarium ausgehend. Inaug.-Diss. München.
23. Williamson, Herbert, A case of solid teratoma of the ovary in which the patient is free from recurrence six years after operation and bore a child three years after the removal of the tumour. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. March. p. 149. (Williamson veröffentlicht den Fall, weil er nach seiner Ansicht klar beweist, dass solide Ovarialteratome nicht immer klinisch bösartig sind. 23jährige Frau. 17. Jan. 1906 Laparotomie. Entfernung des linksseitigen Tumors. Das anscheinend gesunde rechte Ovarium blieb zurück. Drei Jahre später Partus. Nach sechs Jahren noch völlig gesund. Der Tumor war ein zum Teil zystisches, zum Teil solides Teratom mit Geweben aller drei Keimblätter.)

Dingels (4) verlangt für die Diagnose der Struma ovarii, dass irgendwie erhebliche, makroskopisch hervortretende Anhäufungen von Schilddrüsengewebe vorhanden sind. Es genügt nicht der mikroskopische Nachweis von Schilddrüsengewebe in Dermoidzysten. Obwohl eine fakultative Einwucherungskraft gegenüber angrenzendem Gewebe besteht, ist die Struma ovarii nicht im eigentlichen Sinne als maligne zu betrachten. Metastasenbildung wurde noch nie beobachtet. Es handelt sich um eine Geschwulst, die auf teratomatöser Basis dadurch entsteht, dass eine Gewebsart die übrigen überwuchert.

17. Tuboovarialzysten, Parovarialzysten. Mischgeschwülste (siehe auch unter 9, 13 und 14).

1. Chevrier et Massart, Kyste parovarien. Soc. de Paris. Soc. anat. 3 Mai. Presse méd. Nr. 38. p. 411. (Demonstration einer strausseneigrossen Parovarialzyste, die durch Ausschälung unter Erhaltung von Tube und Ovarium gewonnen wurde. Diese konservative Technik ist nur für kleine Zysten zu empfehlen, mit Rücksicht auf die Gefahr einer Blutung in das Ligament oder Gangrän der Tube.)
2. Delore, Kyste parovarien avec hémorrhagie intrapéritonéale grave. Soc. des scienc. méd. de Lyon. 21 Févr. Lyon, méd 12 Mai. p. 1019 u. 1080. Presse méd. 28 Août. p. 718. (47jährige Frau, mit allen Zeichen der inneren Blutung. Regel nicht ausgeblieben. Laparotomie. In der Bauchhöhle mehr als zwei Liter Blut. Das rechte Ovarium zeigte eine geplatzte Zyste. Die Rupturstelle hatte eine Länge von 3—4 cm. Hier befand sich ein deutlich klaffendes Gefäss, das als Ursache der Blutung angesehen werden musste. Entfernung des Ovariums. Heilung.)
3. Falk, Edm., Papilläre Parovarialzysten. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 9. Febr. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 71. p. 644. (1899, IIpara, wegen schnell wachsenden Tumors Laparotomie. Rechts mannskopfgrosse Ovarialzyste, links einkammerige

Parovarialzyste. Die Tumoren und ebenso das linke zystische Ovarium werden entfernt. An der sonst glatten Innenwand der Parovarialzyste teils flache, teils stärker prominente papilläre Wucherungen, welche mikroskopisch ein mit Flimmersaum besetztes Zylinderepithel zeigen. Seit $^3/_4$ Jahren wieder schnell wachsende Geschwulst im Leib. 1911 neue Laparotomie. Mannskopfgrosse, mit den Därmen innig verwachsener Tumor, der auch wieder von der linken Seite ausgeht und als rezidivierende papilläre Parovarialzyste aufzufassen ist.)

4. Mohr, L., Intraligamentärer Ovarialtumor. Gyn. Ges. zu Breslau. 11. Juni. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 367.
5. Waegeli, Kyste parovarien. Revue méd. de la Suisse romande. Tome 32. Nr. 1. p. 83.

XII.

Krankheiten der Harnorgane des Weibes.

Referent: Prof. Dr. Stumpf.

---

a) Allgemeines.

1. Albarran, Operative Chirurgie der Harnwege; normale Anatomie und chirurgische pathologische Anatomie. Ins Deutsche übersetzt von E. Grunert. 3. Lieferung. Jena, G. Fischer.
2. Autenrieth, W., Die Chemie des Harnes. Tübingen 1911. J. C. B. Mohr.
3. Bie, V., Farvning af urinsediment. Ugeskrift f. Laeger. Bd. 74. Nr. 26. (Färbung mit Krystallviolett Grübler.)
4. Blaschko, A., und M. Jacobsohn, Therapeutisches Taschenbuch für Haut- und Geschlechtskrankheiten. Berlin, H. Kornfeld. 2. Aufl.
5. Cabot, H., The training of the urologist. New York Med. Journ. Bd. 95. p. 1075. (Vorschläge bezüglich Unterricht und Ausbildung.)
6. Cathelin, F., Conférences cliniques et thérapeutiques de pratique urinaire. Paris, J. B. Baillière et Fils.
7. Clark, J. B., Essays on genito-urinary surgery. New York, W. Wood and Co.
8. Claudius, Kolorimetrische quantitative Albuminbestimmung. Münchn. med. Wochenschrift. Bd. 59. p. 2218. (Mit Trichloressig- und Gerbsäure und Säurefuchsin, Bestimmung mit einem dem Sahlischen Hämometer ähnlichen Apparat.)
9. Cohn, Th., Über die Entwickelung und Bedeutung der Urologie als selbständige Disziplin. Med. Klinik. Bd. 8. p. 215. (Historischer Überblick.)
10. Edelmann, A., und L. Karpel, Eosinophilie der Harnwege im Verlaufe von Asthma bronchiale nebst einem Beitrag zur Färbemethodik der Harnsedimente. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1271. (Färbung mit Ehrlichs Triazid.)
11. Finger, Jadassohn, Ehrmann und Gross, Handbuch der Geschlechtskrankheiten. Wien, Lieferung VI u. VII. (Enthält u. a. die Pyelitis, Pyelonephritis und Ureteritis gonorrhoica von Waelsch.)
12. Fiolle, J., und P. Fiolle, Traitement d'urgence des maladies des org. génito-urinaires. Paris, J. B. Baillière et Fils.
13. Gardner, F., L'urologie américane en 1911. Journ. d'urol. Bd. 2. p. 557. (Übersichts-Referat.)
14. Gouley, J. W. S., Surgery of the genito-urinary organs. London u. New York, Rebman.
15. Greene, R. H., und H. Brooks, Diseases of the genito-urinary organs and the kidney. London, W. B. Saunders Co. 3. Aufl.

16. Grégoire, R., und Heitz-Boyer, Die Urologie im Jahre 1912. Paris méd. 4. Mai. (Sammelreferat.)

17. Guiteras, R., Urology; the diseases of the urinary tract in men and women. New York und London, D. Appleton and Co.

18. Hirsch, Ch. S., A compend of genito-urinary diseases and syphilis, including their surgery and treatment. Philadelphia, P. Blakistons Son and Co. 2. Aufl.

19. Kaiserling, W., Über Simulation von Krankheiten durch Zusetzen gewisser Substanzen zum Urin. Inaug.-Diss. Göttingen 1910. (Zusatz von Blut und roten Farbstoffen zur Simulation von Hämaturie, und von Milch und Mehl zur Simulation von Cystitis.)

20. Kakiuchi, S., Ein Beitrag zur Fettbestimmung im pathologischen Harn. Biochem. Zeitschr. Bd. 32. p. 137. (Erhitzen mit Natronlauge, Neutralisieren und Ausschütteln mit Äther.)

21. Krönig, B., Die Erkrankungen und Verletzungen der Blase, Harnröhre und Harnleiter. Gyn. Therapie in Penzoldt-Stintzings Handbuch der ges. Therapie. 4. Aufl. Bd. 7. 1911/12.

22. Legueu, F., Leçon d'ouverture. Journ. d'urol. Bd. 2. p. 621 u. Presse méd. Nr. 94. p. 949. (Programmatischer Vortrag zur Übernahme der Klinik Albarrans.)

23. Maingot, G., Le radiodiagnostic en urologie. Journ. d'urol. Bd. 1. p. 399. (Übersichtliche Darstellung der Entwickelung der Technik der Radiodiagnostik und ihre Bedeutung für die Harnorgane.)

24. Marion, G., Leçons de chirurgie urinaire. Paris, Masson et Co.

25. Mitchell, C., Modern Urinology; a system of urie analysis and diagnosis. Philadelphia, Boericke u. Tafel.

26. *Moewes, C., Quantitative Eiweissbestimmungen im Harn und ihre praktische Brauchbarkeit. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1035.

27. Nogier, Th., La radioscopie de précision appliquée à l'examen des voies urinaires (rein, uretère, vessie.) Paris 1911. J. B. Baillière et Fils.

28. Pfeiffer, E., Über die Esbachsche und Aufrechtsche quantitative Eiweissbestimmungsmethode im Urin. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 114 u. 623. (Beweist die Ungenauigkeit beider Methoden; bei Esbach soll nach 12, nicht nach 24 Stunden abgelesen werden.)

29. Pietkiewicz, M., Die angeborenen Bildungsfehler des weiblichen Harnsystems. Przeglad chir. i gin. Bd. 6. Heft 2. p. 151 u. Bd. 7. Heft 2. p. 163—180. (Polnisch.) (Nach allgemeiner Einleitung und Besprechung der Untersuchungsmethoden bespricht Verf. das Material der Kijewer Klinik für die letzten sechs Jahre auf ein Krankenmaterial von 28 Betten: einmal Epispadiasis urethrae, einmal Exstrophia vesicae, zweimal zystische Erweiterung der unteren Ureterenenden bei Verengerung ihrer vesikalen Ostien, zweimal Beckenniere. In der gleichen Zeit sah er in der Privatpraxis einmal ein Blasendivertikel, zweimal überzählige Ureteren, einmal angeborene Stenose der vesikalen Uretermündung, einmal Beckenniere und einmal kongenitale Nierenatrophie. Er bespricht sodann ausführlich die Epispadie der Urethra unter Beschreibung eines operativ geheilten Falles. Besprechung der Ätiologie und gutes Literaturverzeichnis.) Zweiter Teil behandelt die Strikturen der Ureterenmündungen, die Harnleiterverdoppelungen.) (v. Neugebauer.)

30. Posner, C., Die diagnostische und prognostische Bedeutung der Harnsedimente. Halle, C. Marhold. (Warnung vor zu vorschneller Bewertung der Harnsedimente in diagnostischer und prognostischer Beziehung.)

31. — Wege und Ziele der modernen Urologie. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 16. Jan. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 177. (Programmatischer Vortrag.)

32. Schlagintweit, F., Verbesserte Aräometer zum Bestimmen des spezifischen Gewichtes sehr kleiner Urinmengen im Reagensglas. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 703. (Mindestens 7½ ccm Harn nötig.)

33. Schott, A., Verfahren zur polychromen Färbung geformter Harnbestandteile. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 182. (Durch Anilinblau und Eosin in Glyzerin gelöst mit Phenolzusatz, die dem Harn beigesetzt werden, wobei besonders die Formbestandteile, aber auch die Mikroorganismen gefärbt werden.)

34. Spaeth, E., Die chemische und mikroskopische Untersuchung des Harns. Leipzig, J. A. Barth. 4. Aufl.

Moewes (27) fand unter den gebräuchlichen quantitativen Eiweissbestimmungen die **Esbach**sche Methode als die genaueste; die optische Methode von **Stolnikow** gibt in kurzer Zeit ein brauchbares Resultat, die Methode nach **Aufrecht** ist noch einfacher, gibt aber schlechtere Resultate als **Esbach**.

b) Harnröhre.

1. *Abduloff, S. S., Behandlung der Gonorrhoe mit Antigonokokkenserum. Wratsch. 23. Juni.
2. *de Aja, S., Traitement de l'urétrite blennorragique par l'argyrol. Span. Med.-Chir. Acad. Sitzg. vom 10. Mai. Revue de Chir. Bd. 46. p. 857.
3. *Altmann, Über die bei gonorrhoischen Erkrankungen mit Vakzintherapie gewonnenen Erfahrungen. Wissensch. Vereinig. am städt. Krankenhaus Frankfurt. Sitzg. vom 10. Sept. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2652.
4. Amann, J. A., Zwei primäre Urethralkarzinome. Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 7. Juli. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1932. (Demonstration.)
5. — Sarkomatös degenerierter Polyp der Urethra eines 1½jährigen Mädchens. Ebenda.
6. — Sechs Fälle von peri- und paraurethralen Metastasen von Korpuskarzinomen. Ebenda.
7. *Antoni, Hegonon bei Gonorrhoe. Hygiea. Nr. 4.
8. *Arenstein, M., Mitteilung über Allosan. Klin.-therap. Wochenschr. 1911. Nr. 38.
9. *Ayres, W., The micrococcus catarrhalis as a cause of inflammation of the genito-urinary tract. Amer. Journ. of Surg. p. 101.
10. Baye, Ch., Etude générale clinique de la syphilis de l'urèthre. Thèse de Paris. 1911. Nr. 319. (Siehe Jahresbericht Bd. 25. p. 325.)
11. *Bierhoff, F., The treatment of gonorrhoea in the urological departement of the German Hospital Dispensary. Ref. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 68.
12. *Blanich, B., Contribution à l'étude des rétrécissements congénitaux de l'urèthre chez l'homme et chez la femme. Thèse de Montpellier. 1910/11. Nr. 58.
13. Blaschko, A., und M. Jacobsohn, Therapeutisches Taschenbuch für Haut- und Geschlechtskrankheiten. Berlin, Fischers med. Buchhandlung.
14. Boerma, N. J. A. F., Schwangerschaft und Geburt bei stark ausgesprochener Hypospadie der Frau. Tijdschr. v. Geneesk. Nr. 11. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 2227. (Bestehenbleiben des Sinus urogenitalis.)
15. Buck, L., Micrococcus catarrhalis infection of urethra resembling true gonorrhea. Northwest Med. Bd. 4. Nr. 11.
16. *Buresch, M., Die lokale Behandlung der weiblichen Gonorrhoe mit Pyozyanase. Casop. lék. cesk. 1911. Nr. 21. Ref. Wiener med. Wochenschr. Bd. 62. p. 55.
17. *Carle, A propos de quelques considérations sur la thérapeutique de la blennorrhagie. La Clin. p. 53. Progrès méd. Nr. 33. p. 407.
18. *Cary, W. H., The conservative treatment of gonorrhea in women. Amer. Journ. of Surg. 1911. p. 373.
19. Cealic und Athanasiu, Suburethraler Abszess beim Weibe. Spitalul 1911. Nr. 7.
20. Cuff, Vesical incontinence. North of England Obst. and Gyn. Soc. Sitzg. vom 15. März. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. Bd. 21. p. 187. (Freilegung der Urethra und Faltung der Nähte, Colporrhaphia anterior. Heilung.)
21. Dinnematin, Urethralpolypen. Thèse de Nancy. 1911. (Betont die Neigung zu Rezidiven.)
22. *Dorn, P., Erfahrungen mit Gonokokkenvakzine Arthigon. Dermat. Wochenschr. Bd. 54. Nr. 11.
23. *Dufaux, Zur Diagnose der chronischen Gonorrhoe des äusseren Urogenitale beim Weibe. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 222.
24. *— Über ein neues, die Eiterkörperchen auflösendes, die Gonokokken schnell vernichtendes Mittel. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 811.
25. Echols, C. M., Gonorrhea in women, special reference to prophylaxis and sequelae. Wisconsin Med. Journ. Bd. 11. Nr. 3.
26. Engelbreth, C., 500 Tilfaelde af Abortivbehandling af Gonorré efter Engelbreths Metode. Ugeskr. f. Laeger. Bd. 74. p. 1235. (80 % geheilt.)

27. *Engelhardt, A. v., Das primäre Karzinom der weiblichen Harnröhre. Inaug.-Diss. München.
28. Feleky, H. V., Abortivbehandlung der Urethralblennorrhoe. Fol. urol. Bd. 8. p. 147. (Füllung der Harnröhre mit 2 %iger Silbernitrat-Glyzerin-Lösung, oder mit 10 %igem Protargol oder Largin oder Albargin, später Injektionen mit Ichthargan oder Zinksozojodolat.)
29. Finger, E., J. Jadassohn, S. Ehrmann und S. Gross, Handbuch der Geschlechtskrankheiten. Wien u. Leipzig. Lieferung 3—10.
30. Fisher-Frisbie, E., Gonorrhea in female. New Mexico Med. Journ. Bd. 7. Nr. 4.
31. Frattin, Fall von Hypospadie bei der Frau. Riv. Venet. di Scienze med. 1911. Nr. 7. (Die Harnröhre mündet in die Scheide rechts von der Mittellinie, Inkontinenz; Operation, Heilung.)
32. *Fritsche, E., Zur Frage der Incontinentia urinae. Inaug.-Diss. Freiburg.
33. *Fromme, F., Über die spezifische Behandlung der weiblichen Gonorrhoe. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 977 u. 1051.
34. *Fromme und Collmann, Die diagnostische und therapeutische Bedeutung der Gonokokkenvakzine bei Gonorrhoe der Frau. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Bd. 4. Heft 1.
35. *Fulton, J. A., On the use of a definite temperature in treating disease and the destruction of the gonococci. Med. Record. New York. Bd. 81. p. 365.
36. Garceau, E., Modification of Skenes female urethroscope. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 16. Nr. 1. (Am Ende geschlossene Glasröhre mit Einschiebung einer elektrischen Lampe.)
37. Gardner, J. A., Silver jodid in urethritis and cystitis. Buffalo Med. Journ. Bd. 67. Nr. 6.
38. Gavini, G., Interne Behandlung der Gonorrhoe mit Balsamizis. Gaz. degl. osp. e d. clin. Bd. 33. Nr. 83. (Empfehlung der Balsamica, besonders des Gonosan, bei akuter und chronischer Urethritis und Urethrocystitis.)
39. Glasgow, M., Gonorrhea in women. Med. Record. New York. Bd. 81. p. 758. (Übersichtsartikel.)
40. Goyder, Epispadias. Bradford Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 16. Jan. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 244.
41. *Grubenmann, Eine sagitelle Verdoppelung der weiblichen Harnröhre. Frankfurter Zeitschr. f. Pathol. Bd. 10. Heft 1.
42. Guggisberg, Die Frage der Vakzinetherapie und Vakzinediagnose der Gonorrhoe. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1207. (Vorläufige Mitteilung.)
43. *Guldjoglu, A., Troubles de la miction d'origine obstétricale; destruction et réfection de l'urètre chez la femme. Journ. d'urol. Bd. 2. p. 51. Revue prat. d'obst. et de gyn. Bd. 20. p. 101.
44. *Haedicke, Die Stellung des Allosans in der Reihe der internen Antigonorrhoika. Allg. med. Zentralzeitg. Bd. 80. Nr. 34.
45. *Hagen, F., Die Behandlung der Gonorrhoe und ihrer Komplikationen mit Gonokokkenvakzin. Med. Klinik. Bd. 8. p. 272.
46. *Hammond, F. A. L., Prolapse of female urethra in a young child. Lancet. Bd. 2. p. 1584.
47. *Heinrich, A., Neue Okklusiv-Spüldilatatoren zur Behandlung der weiblichen und der männlichen hinteren Harnröhren-Gonorrhoe. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2001.
48. Hinze, F., Zur Behandlung der akuten Gonorrhoe — prolongierte Injektionen mit Silberpräparaten nach A. Neisser. St. Petersburger med. Zeitschr. Bd. 37. p. 329. (Bei akuter und chronischer Gonorrhoe gute Resultate, zugleich innere Behandlung mit Santyl.)
49. *Hofmann, K. v., Über die Einwirkung von gallensauren Salzen auf Gonokokken. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 1741.
50. *Horand, Urétrectomie totale pour ancien rétrécissement valvulaire de l'urètre avec dégénérescence néoplasique. Soc. nat. de Méd. Lyon. Sitzg. vom 12. Febr. Presse méd. Nr. 54. p. 572.
51. Hüffell, A., Vakzinediagnostik und -Therapie der chronischen Gonorrhoe beim Weibe. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 343. (Sammelreferat.)
52. Hunter, W., Treatment of gonorrhoea. Nottingham Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 4. Dez. Lancet. Bd. 2. p. 1727. (Empfiehlt anfangs Silbernitrat, später Adstringentien.)

53. Jackson, W., Radikalbehandlung der Gonorrhoe. Med. Record. New York. Bd. 80. p. 1266. (Die schnellsten Heilungen wurden bei Argyrolbehandlung erzielt.)
54. *Jacquard, H., Contribution à l'étude du traitement du cancer primitif de l'urètre chez la femme. Thèse de Lyon. 1910/11. Nr. 92.
55. *Janet, J., Evolution naturelle du gonocoque chez l'homme et chez la femme. Journ. d'urol. Bd. 2. p. 715.
56. Josephsohn, J., Beobachtungen mit Santyl. Medico. Nr. 9. (Gute Wirkungen bei Urethralgonorrhoe durch ausschliessliche innere Santyl-Behandlung.)
56a. Junghanns, O., Über Protargol-Ersatz. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1788.
57. *Karo, W., Progress in therapy of gonorrhea. Amer. Journ. of Urol. Bd. 8. Nr. 6.
58. *Klingmüller, V., Über die Behandlung der Gonorrhoe des Mannes. Halle, C. Marhold.
59. *Kobelt, P., Die Behandlung der Harnröhrenstruktur mit Hyperämie hervorrufenden Bougies. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1655.
60. *Kutner, R., und A. Schwenk, Der therapeutische und diagnostische Wert des Gonokokkenvakzins. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. Nr. 5.
61. Kyaw, Neue Behandlungsweise der akuten und chronischen Gonorrhoe. Med. Klinik. Bd. 7. p. 2287.
62. Ledermann, R., Die Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Berlin, Coblentz. 4. Aufl.
63. *Licourt, G., Du traitement abortif pratique de la blennorragie urétrale chez l'homme. Thèse de Nancy. 1911/12. Nr. 6.
64. Luys, G., Traité de la blennorrhagie et de ses complications. Paris 1911. O. Doin et Fils.
65. Mc Donagh, J. E. R., und B. G. Klein, Vaccine treatment of gonorrhoea. R. Soc. of Med. Path. Sect. Sitzg. vom 19. Nov. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 609. (Kurze Notiz.)
66. *Manificat, J., Du rétrécissement de l'urètre chez la femme. Thèse de Montpellier. 1910/11. Nr. 96.
67. Marchildon, J. W., Principles underlying treatment of gonorrheal infections. Journ. of Missouri State Med. Assoc. Bd. 9. Nr. 5.
68. *Marion, De la dérivation de l'urine dans les opérations sur l'urètre. Soc. de Chir. Sitzg. vom 7. Febr. Presse méd. Nr. 13. p. 140.
69. *Menzer, Weiteres zur Frage der Behandlung der Gonorrhoe beim Manne. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 88 u. 1463.
70. Merkuriew, W. A., und S. M. Silber, Die Anwendung der Gonokokkenvakzine bei Gonorrhoe. Wiener klin.-therap. Wochenschr. 1911. Nr. 28. (Siehe Jahresber. Bd. 25. p. 238.)
71. *Michaelis, G., Therapeutischer Wert des Gonokokkenvakzins. Hufeland. Ges. Sitzg. vom 15. Febr. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 666.
72. Milota, Innere Behandlung der Gonorrhoe mit Gonoktein. Casop. lék. cesk. Nr. 14.
73. Montfort, Abortivbehandlung der Gonorrhoe. Journ. de Méd. de Paris. 18. Mai.
74. *Müller, A., Vorschlag für eine neue Behandlung der männlichen Gonorrhoe. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 118. p. 473.
75. *Müller, H., Die therapeutische und diagnostische Bedeutung der Vakzination bei Gonorrhoe des Mannes. Med. Klinik. Bd. 8. p. 1739.
76. Müller, Harninkontinenz. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 29. Juni. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 371. (Kontinenz wurde durch Achsendrehung der Harnröhre nach Gersuny erzielt.)
77. Neuberg, O., Thyresol, ein neues internes Antigonorrhoikum. Dermat. Zentralbl. Bd. 12. Nr. 5. (Als Adjuvans empfohlen.)
78. *Neuberger, J., und J. Cnopf, Über eine besondere Form der neutrophilen Leukozyten im gonorrhoischen Eiter. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 111. Heft 2.
79. *Ostrcil, J., Vakzinebehandlung der Gonorrhoe. Casop. lék. cesk. 1911. Nr. 18. Ref. Wiener med. Wochenschr. Bd. 62. p. 55.
80. *Palais, P., Du cancer primitif de l'urètre chez la femme et de son traitement par la résection totale de l'urètre. Thèse de Lyon. 1911/12. Nr. 135.
80a. *Pauchet, Correction opératoire d'une anomalie génito-urinaire. Bull. de la Soc. de Chir. p. 263.
81. Pelletier, Les polypes de l'urètre. Rev. prat. d. mal. des org. gén.-ur. 1911. Nr. 44.

82. *Perrin, Th., Quelques considérations sur la thérapeutique actuelle de la blennorrhagie. La Clin. Nr. 29. p. 452.
83. *Petit-Dutaillis, P., Urétrocèle et pseudo-urétrocèle. La Gyn. p. 385.
84. *Phillips, Some practical points in surgery. Bradford Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 16. April. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 954.
85. Picker, R., Ohne Anwendung von antiseptischen Mitteln geheilte Fälle von Gonorrhoe. Orvosi Hetilap. Nr. 11. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 981. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. Beiheft. p. 343. (Durch Entleerung der Retentionsherde mittelst Massage.)
86. Piersig, A., Wahrnehmungen mit Santylbehandlung in verzweifelten Fällen. Reichs-Med.-Anzeiger. Nr. 5. (Gute Wirkung bei Gonorrhoe.)
87. *Pietkiewicz, M., Die angeborenen Bildungsfehler uropoetischen Systems bei Frauen. Przeglad chir. i gin. Bd. 4. Nr. 2. Shurn. akusch. i shensk. bolesn. Nov. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 445.
88. Pollock, C. E., und L. W. Harrison, Gonococcus infections. London, Oxford Univ. Press.
89. *Reiter, H., Die Bedeutung der Vakzinetherapie in der Urologie. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 851.
90. Riecke, E., Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 2. Aufl. Jena, G. Fischer.
91. *Russanoff, Fall von Epispadie beim Weibe. Sibirsk. Wratsch. Gaz. Bd. 10. p. 338. Ref. Journ. d'urol. Bd. 2. p. 760.
92. *Salle, R., Antimeningokokkenserum bei gonorrhoischer Urethritis. Lyon méd. Nr. 46.
93. *Scharff, P., Urethrothermische Therapie. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1654.
94. *Schild, C., Über doppelte Urethralmündung beim Weibe. Inaug.-Diss. Halle 1911.
95. *Schindler, C., Die Behandlung der Gonorrhoe, insbesondere mit einer wasserhaltigen Gleitmasse als Vehikel für Antigonorrhoika. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 988.
96. *Schmitt, Spezifische Behandlung der Gonorrhoe. Physik. Ges. Würzburg. Sitzg. vom 20. Juli 1911. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 247.
97. Scholl, Tumor der Harnröhre. Fränk. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 11. Nov. 1911. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 52. (Achtjähriges Mädchen, gutartiges Angiom.)
98. Scholtz, W., Pathologie und Therapie der Gonorrhoe. 2. Aufl. Jena, G. Fischer. (Berücksichtigt besonders auch die Gonorrhoe des Weibes.)
99. *Scott, T. B., und G. B. Scott, A record of the treatment of bacterial infections by autogenous vaccines. Lancet. Bd. 2. p. 879.
100. Sellei, J., Die Bedeutung der Vakzinetherapie für die Urologie. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1146. (Polemik gegen Reiter [89]).
101. Semb, O., Paraffininjektion bei Incontinentia urinae. Norsk. Mag. f. Laegevidensk. 1911. Nr. 11. (Harnröhrenverletzung durch operative Entbindung; nach fünf vergeblichen Operationen Heilung durch Paraffinprothese.)
102. *Siebert, K., Pharmakologische und bakteriologische Untersuchungen über die bei der Gonorrhoebehandlung zur Verwendung gelangenden Silberpräparate. Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. Bd. 65.
103. *Simon, J., Über Arthigonbehandlung der Gonorrhoe. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 521 u. 2760.
104. *Slingenberg, B., Die Vakzinbehandlung der weiblichen Gonorrhoe. Arch. f. Gyn. Bd. 95. p. 345.
105. *Spitzer, E., Über abortive Behandlung der Gonorrhoe. Wiener dermat. Ges. Sitzg. vom 22. Nov. 1911. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 186 u. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. Beiheft. p. 319.
106. *Stern, R., Arthigonbehandlung bei Vulvovaginitis gonorrhoica. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 26. März. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 751.
107. *Sternberg, A., Die Methodik der aktiven Immunisierung (Vakzinetherapie) bei der Behandlung der weiblichen Gonorrhoe. IV. russ. Gyn.-Kongr. 1911. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 223.
108. *Vilfroy, M., Des rétrécissements de l'urèthre chez la femme. Thèse de Paris. 1911. Nr. 211.

109. *Volk, R., Die Vakzinetherapie bei Haut- und Geschlechtskrankheiten. Wiener med. Wochenschr. Bd. 62. p. 2541 ff.
110. *Walz, Cystopurin. Therapie d. Gegenw. Nr. 6.
111. Watson, D., Diagnosis of chronic gonococcus infections. Glasgow Med. Journ. Bd. 78. Nr. 4.
112. Weygers, Prolapsus Urethrae. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 1911. p. 252. (W. Holleman.)
113. *Wolfsohn, G., Die Erfolge und Misserfolge der Vakzinationstherapie. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 2312.

Bildungs-, Gestalts- und Funktionsfehler. Pietkiewicz (87) beschreibt einen Fall von Epispadie mit klaffender Harnröhrenmündung, Harnträufeln, Cystitis, Spaltung der Klitoris und Nahtvereinigung der kleinen und grossen Labien. Durch Exzision von keilförmigen Stücken aus Harnröhrenöffnung und Vestibulum wurde die Inkontinenz beseitigt. 36 Epispadiefälle aus der Literatur werden gesammelt. Ferner wird über Fälle von Inversion der Harnblase, Strikturen der Uretermündung mit zystischer Erweiterung, angeborenem Blasendivertikel, akzessorischem Ureter, Beckenniere und angeborenem Schwund einer Niere berichtet.

Russanoff (91) beschreibt einen Fall von Epispadie mit Spaltung der Klitoris, Diastase der Schambeine, Fehlen der Harnröhre und Inkontinenz mit trichterförmiger Erweiterung der Öffnung und herniöser Vorwölbung der Blasenschleimhaut.

Grubenmann (41) beschreibt eine Verdoppelung der Harnröhre mit Ausmündung des akzessorischen Kanals in die Klitoris, Divertikelbildung desselben und Kompression der normalen Harnröhre; daneben bestand Urachuszyste, Uterus bicornis und doppelte Scheide und Verdoppelung der Ureteren linkerseits. Pyelonephritis und Exitus. Die Verdoppelung der Urethra wird nicht als Doppelanlage, sondern durch abnorme Verklebung der Kanalwandungen entstanden erklärt. Der Harnabfluss durch die weitere weibliche Harnröhre war durch Füllung eines im Beginn der engeren zweiten Harnröhre gelegenen Blasendivertikels gehemmt.

Ein weiterer Fall von sagittaler Verdoppelung der Harnröhre wird von Schild (94) beschrieben; die Mündung der zweiten Harnröhre lag 4 mm weit vor der normalen und die zweite Harnröhre mündete nach ½ cm langem Verlaufe in die Vorderwand der normalen Harnröhre ein. Der Harn entleerte sich durch die an normaler Stelle ausmündende Harnröhre. Es wird keine Verdoppelung der Harnröhre, sondern eine Ulzeration oder Verletzung, entweder bei der vorausgegangenen Zangenentbindung oder durch Bohrung eines falschen Weges mittels des Katheters angenommen.

Pauchet (80a) beschreibt vollständige Harn- und Stuhlinkontinenz infolge von Fehlen der Urethra und der Sphincter vesicae und Anus vaginalis ohne Sphinkterbildung bei doppelter Scheide und doppeltem Uterus. Es wurde durch Tunnelierung der vorderen Scheidenwand eine Urethra gebildet und der Blasenhals mit der Vestibulumschleimhaut vereinigt; die Inkontinenz bestand aber bei Nacht fort.

Hammond (46) beschreibt einen Prolaps der Harnröhrenschleimhaut bei einem fünfjährigen Mädchen, mit Exzision und Vernähung behandelt.

Petit-Dutaillis (83) versteht unter echter Urethrocele eine sackförmige Ausbuchtung des ganzen Septum urethrovaginale gegen das Scheidenlumen mit Atrophie beider Wandungen, unter Pseudourethrocele einen suburethralen Abszess zwischen Scheiden- und Urethralwand mit Fistelbildung. Er führt diese Zustände auf Geburtsverletzung zurück. Die Unterscheidung zwischen echter und Pseudourethrocele kann durch Einführung einer Sonde unter Kontrolle des Fingers von der Scheide aus getroffen werden. Für die Beseitigung der echten Urethrocele wird die Totalexzision des Sackes, für die der Pseudourethrocele die Exzision der von der Scheidenwand gebildeten Tasche und die Spaltung der nach der Harnröhre ziehenden Fistel mit Vernähung der Schleimhaut empfohlen.

Fritsche (32) teilt zwei Fälle von Achsendrehung der Harnröhre wegen Harninkontinenz mit, einen mit, einen ohne Erfolg. In einem weiteren nach Symphysenruptur eingetretenen Falle blieb Kolporrhaphie und Blasenraffung erfolglos, später wurde durch epidurale Kochsalzinjektionen Kontinenz erzielt.

Guldjoglu (43) verlangt zur Vermeidung von Kontinenzstörungen durch die Geburtsvorgänge die aufmerksame Behandlung aller Störungen der Harnentleerung in der Schwangerschaft, besonders der Retention und die Beseitigung etwaiger Retrodeviationen des Uterus. Bei bleibender Funktionsstörung ist entweder die Verengerung des Harnröhren-

lumens oder die Verstärkung der Harnröhrenkrümmung und die Vermehrung der Resistenz des Stützgewebes nach den Vorschlägen von Pousson, Albarran und Hartmann und Lecène notwendig. Weniger empfohlen wird die Paraffininjektion.

Phillips (84) schlägt bei hartnäckiger Harninkontinenz bei Mädchen die Verengerung der Harnröhre durch einen um die Harnröhre hart am Blasenhals herumgeführten und um einen eingeführten Katheter geknoteten Faden vor.

Marion (68) empfiehlt bei plastischen Operationen an der Harnröhre statt des Verweilkatheters die Anlegung einer Blasenfistel.

Blanich (12) erklärt die kongenitalen Stenosen der weiblichen Harnröhre nicht für selten und führt als Folgeerscheinung akute Harnretention an. Tritt diese nicht auf, so können die Stenosen lange Zeit unbemerkt bleiben. Als Therapie wird allmähliche Bougie-Dilatation empfohlen.

Vilfroy (108) unterscheidet angeborene und erworbene Strikturen der weiblichen Harnröhre, von denen die letzteren entweder blennorrhoischen Ursprungs sind und dann in der Nähe der Harnröhrenmündung sitzen, oder durch Geburtstraumen bewirkt sind und dann weiter gegen die Blase zu ihren Sitz haben. Bei den blennorrhoischen Strikturen besteht eine totale Urethralsklerose. Als Symptome werden die lange Dauer und die Erschwerung und grössere Häufigkeit der Harnentleerung angegeben. Die Dilatation der Blase erfolgt wegen der grösseren Schwäche der Blasenmuskulatur schneller als beim Manne. Als häufige Komplikation wird die Infektion angeführt. Die Diagnose ist durch Bougierung oder durch Endoskopie zu stellen. Die Behandlung besteht in allmählich zunehmender Dilatation, in seltenen Fällen in Urethrotomia interna. Zwölf Fälle, grösstenteils aus der Literatur gesammelt, werden angeführt.

Manificat (66) erklärt die angeborenen Strikturen der weiblichen Harnröhre für sehr selten und führt die traumatischen Verengerungen auf Geburtsverletzungen oder Kauterisationen zurück, während er die blennorrhoischen Strikturen für sehr selten hält. Bei nicht sehr engen und harten Strikturen wird die allmähliche Dilatation, bei sehr engen und sklerosierten die Urethrotomia interna, bei unpassierbaren die subsymphysäre äussere Urethrotomie empfohlen. Auch die Behandlung mittelst Elektrolyse kann gute Erfolge erzielen.

Gonorrhoe. Nach Dufaux (23) tritt die chronische Gonorrhoe der weiblichen Harnröhre als zirkumskripte Infiltration der Lakunen und Drüsen auf und es kommt zur granulösen Infiltration, zu umschriebenen harten Infiltraten, Vernarbungs- und Resorptionsvorgängen, selten zu Strikturen, sehr selten zur chronischen Induration der Harnröhre mit starkem Harndrang, zuweilen auch zu periurethralen Infiltration, zu Abszessen mit Urethrocelen- und Fistelbildung. Das Sekret ist, wenn überhaupt vorhanden, nicht mehr eitrig, sondern grau und glasig; Gonokokken sind nur zeitweilig, besonders während der Menstruation zu finden. Um das Orificium externum ist manchmal eine glasige, papilläre Schwellung mit flachen, leicht blutenden Erosionen zu sehen. Subjektive Symptome können fehlen. Endoskopisch sind grobe Faltung, granuläre Infiltration und prominente Lakunen mit rötlichem Rand zu sehen. Sehr häufig sind die Skeneschen Drüsen erkrankt und enthalten noch Gonokokken oder ihre Mündungen sind gerötet und lassen durch Druck von der Scheide aus schleimig-eitriges Sekret hervortreten. Daneben sind sehr häufig die Bartholinschen Drüsen und die kleinen Vestibulardrüsen erkrankt. Zum Ausdrücken des zu untersuchenden Sekrets wird ein löffelförmiger metallener Expressor empfohlen.

Janet (55) betont, dass die Gonokokken auf der Urethralschleimhaut auf die Dauer nicht lebensfähig bleiben und verschwinden, dass sie aber beim Weibe besonders in den Skeneschen Drüsen sich halten und von hier aus die chronisch entzündlichen Erscheinungen unterhalten und Reinfektionen bewirken.

Neuberger und Cnopf (78) machen auf Polynuklearität der neutrophilen Leukozyten im gonorrhoischen Eiter aufmerksam.

Ayres (9) beobachtete durch Kohabitation übertragene Infektion der Urethra durch Micrococcus catarrhalis mit hartnäckigem Verlauf und Entstehen einer Pyosalpinx. Am besten wirkt sehr schwaches Argentum nitricum (1 : 32 000).

Siebert (102) fand, dass der absolute Silbergehalt eines Mittels keinen Anhaltspunkt für die Wirkung auf die Gonokokken bietet, ferner dass Silberpräparate, die das Silber in ionaler Form enthalten, in geringerer Konzentration die Gonokokken töten, als solche, die es maskiert (Eiweiss- und Kolloidverbindungen) enthalten. Die Silberwirkung kann durch Verbindung mit einem zweiten wirksamen Bestandteil (z. B. Ichthargan, Argentamin) gesteigert werden. Die kolloidalen Verbindungen haben im allgemeinen eine schwache Wirkung, die übrigen komplexen Verbindungen dagegen haben eine genügende bakterizide

Kraft, sie haben ferner eine energischere nährbodenverschlechternde Wirkung, als die ionalen Silberverbindungen.

A. Müller (74) verwirft alle Injektionen, die die Gonokokken weiter nach innen verschleppen und schlägt Injektion von Medikamenten in die Blase vor, die dann von dem Kranken durch die Harnröhre entleert werden sollen.

Heinrich (47) konstruierte zur Behandlung der Urethralgonorrhoe einen „Spüldehner", dessen mit Gummihülse überzogenes Ende in die Blase eingeführt und durch Aufblähung und Zug nach vorne einen Abschluss der Harnröhre gegen die Blase bewirkt. Die äussere Mündung der Harnröhre wird durch einen Metallkonus abgeschlossen, so dass bei Injektion von Flüssigkeit die Harnröhre sich spindelförmig ausdehnt und entfaltet und die Tiefe der Falten für die Einwirkung des Medikaments zugänglich wird. Das Instrument wurde an einer Reihe von Fällen erprobt und ein schnelleres Verschwinden der Gonokokken und der Sekretion als bei anderen Methoden beobachtet.

Bierhoff (11) sah die besten Erfolge von ½ %igen Protargolspülungen und -Injektionen, während die Balsamika nicht von besonderer Wirkung befunden wurden.

Schindler (95) empfiehlt Protargol in sterilisiertem ½ %igen Wasseragar.

Spitzer (105) verwendet Protargol (5 %), Ichthargan (½ %) und Silbernitrat (¼ bis ½ %), letzteres mit Zusatz von Alypinum nitricum, und verwirft die Balsamika, besonders das Santyl, das Nierenkoliken verursachen kann. In der Diskussion wurden von Grosz und Lipschütz die negativen Erfolge bei Pyozyanasebehandlung hervorgehoben.

Junghanns (56a) verwendet bei Urethralgonorrhoe statt des Protargols das Argentum proteïnicum in 5 %iger Lösung mittelst Auswischen mit Playfairsonde.

De Aja (2) empfiehlt bei akuter Urethritis Injektionen von 10 %igem Argyrol.

Perrin (82) empfiehlt als geradezu spezifisches Mittel das Syrgol (1 : 1000) zu Injektionen.

Carle (17) empfiehlt zu Anfang die Injektion von Kaliumpermanganat oder Resorzin, später von Silberverbindungen, bei drohender Cystitis Balsamika.

Licourt (63) empfiehlt bei akuter Urethritis Urethral-Blasenspülungen mit Kaliumpermanganat 1 : 4000, und Selbstentleerung der eingeführten Flüssigkeit.

Cary (18) verwendet bei Urethralgonorrhoe gegen die Dysurie Alkalien, besonders in Verbindung mit Formaldehydpräparaten. Von Injektion von Silberpräparaten sah er bei akuten Fällen Verschlimmerung, von der Vakzinebehandlung keine Erfolge. Die Entzündung der Skeneschen Drüsen soll mit Kauterisation oder mit Karbolsäureinjektionen behandelt werden. Trigonitis wurde durch Spülung mit reizlosen Silberpräparaten mittelst doppelläufigen Katheters behandelt.

Karo (57) empfiehlt die Einführung von Medikamenten in Katheterpurin suspendiert in die Harnröhre, weil sie in diesem Medium viel länger mit der Schleimhaut in Berührung bleiben als gelöst.

Walz (110) erzielte bei Gonorrhoe und gonorrhoischer Cystitis mit 5—6 g Zystopurin pro die gute Heilungserfolge.

Klingmüller (58) fand das Hegonon-Schering in Lösungen von 1 : 6000 bis 1 : 4000 als besonders wirksam und reizlos bei der Behandlung der Urethralgonorrhoe.

Antoni (7) beobachtete nach vier täglichen Injektionen von ¼—⅓ %igem Hegonon das Verschwinden der Gonokokken in 2—6 Tagen und aller Symptome in 4—5 Wochen.

Haedicke (44) empfiehlt zur inneren Gonorrhoebehandlung das Allosan (Verbindung des Santyls mit Allophansäure), das in sechs Tabletten täglich zu 0,5 gut vertragen wird. Die Angaben stimmen im ganzen mit den Beobachtungen von Arenstein (8) überein.

Buresch (16) sah bei Urethralgonorrhoe nach 2—3tägiger Behandlung mit Pyozyanase die Gonokokken verschwinden.

Dufaux (24) weist die eiterkörperchenauflösende und gonokokkentötende Eigenschaft der gallensauren Salze nach und empfiehlt zur Behandlung der Urethralblennorrhoe eine Mischung von 2 %iger kolloidaler Silberlösung mit 7,5 % choleinsaurem Natrium („Choleval"), welches in 2½—5½ %iger Lösung, später allmählich auf 10—15 % steigend, zu Injektionen in der Urethra verwendet wird. Das Mittel verwandelt den eitrigen Ausfluss sehr rasch in einen serösen und bringt in wenigen Tagen zuerst die extrazellularen und dann durch Zytolyse der Eiterkörperchen auch die intrazellularen Gonokokken zum Verschwinden.

v. Hofmann (49) fand das gallensaure Meteon, aber erst von 5—10 %iger Lösung an, gegen Gonokokken als bakterizid; bei kombinierter Behandlung mit gallensaurem Natrium und Silbersalzen liess sich die Behandlung der Gonorrhoe entschieden abkürzen.

Fulton (35) schlägt vor, die Gonokokken bei Urethralblennorrhoe durch hohe

Temperaturen abzutöten mittelst Einführung eines Rohres in die Urethra, durch welches möglichst warmes Wasser (nicht unter 48° C) zu- und abfliesst.

Kyaw (61) brachte durch Thermopenetration und durch prolongierte Heisswasserspülungen akute und chronische Urethralgonorrhoe zur Heilung.

Scharff (93) konstruierte eine elektrothermale Sonde für die Urethra, nach deren Anwendung er besonders eine schmerzstillende, resorbierende, ernährungsfördernde und immunisierende Wirkung beobachtete. Die Behandlung wird besonders bei Strikturen für vorteilhaft gehalten, welche Wirkung von Kobelt (59) bestätigt wird.

Bezüglich der neuerdings vielfach versuchten Vakzinebehandlung verteidigt Menzer (69) die von Bruck angegriffene Behandlung der chronischen und akuten Urethralgonorrhoe (siehe Jahresbericht Bd. 25, p. 238) und führt neuerdings bei Vakzinebehandlung und Unterlassung jeder Lokalbehandlung günstig verlaufene Fälle an; er sieht in der Vakzinetherapie einen wesentlichen Fortschritt der Gonorrhoebehandlung.

Michaelis (71) bespricht die theoretischen Grundlagen der Vakzinebehandlung der Gonorrhoe im Sinne von Wright. In der Diskussion erklärt Fromme bei akuten Gonorrhoen die Vakzinebehandlung für wertlos.

Stern (106) erzielte bei Vulvovaginitis gonorrhoica mit Arthigonbehandlung Heilung, Markus, Asch und L. Fränkel (Diskussion) konnten bei Urethritis und Vaginitis keine Erfolge beobachten.

Slingenberg (104) erzielte bei Vulvovaginitis bei Kindern günstige, bei Frauen noch nicht zu entscheidende Resultate durch Vakzinebehandlung.

Kutner und Schwenk (60) sahen bei chronischer Urethritis therapeutische Erfolge von der Gonokokkenvakzine.

T. und G. Scott (99) empfehlen bei chronischer gonorrhoischer Urethritis die Vakzinebehandlung.

Reiter (89) fand bei akuter gonorrhoischer Urethritis die Vakzinebehandlung nur sehr selten von günstiger Wirkung, dagegen wurden gonorrhoische Komplikationen in 75% mit Erfolg behandelt. Die besten Erfolge werden mit Eigenvakzine erzielt.

Gar keine Erfolge bei akuter Gonorrhoe konnten Abduloff (1), Altmann (3), Dorn (22), Fromme und Collmann (33, 34), ebensowenig in der Diskussion Heinsius und Lehmann, ferner Hagen (45), Müller (75), Ostrcil (79), Schmitt (96), Simon (103), Sternberg (107), Volk (109) und Wolfsohn (113) unter Vakzine- bezw. Arthigonbehandlung beobachten. Nur eine Besserung der subjektiven Beschwerden wird von Abduloff und Ostrcil erwähnt. Etwas günstiger lautet die Wirkung dieser sog. spezifischen Therapie, wenigstens nach den Erfahrungen von Müller, aber auch hier wird eine günstige Einwirkung von Wolfsohn sehr bestritten. Dagegen lauten die Beobachtungen über die Beeinflussung der Komplikationen und geschlossener gonorrhoischer Herde allgemein günstig. Schmitt beobachtete günstige Erfolge in drei Fällen von Vulvovaginitis.

Endlich berichtet Salle (92) über drei mit Antimeningokokkenserum geheilte Fälle von Urethralgonorrhoe.

Neubildungen. v. Engelhardt (27) beschreibt ein primäres Adenokarzinom, welches die ganze Harnröhre umgab und bis ins Trigonum reichte. Die ganze Harnröhre wurde mit einem Ausschnitt des Sphinkters und des Trigonums entfernt und die dreimarkstückgrosse Blasenöffnung durch quere Nähte gerafft, sowie die Blasenschleimhaut mit einem erhaltenen Scheidenschleimhautlappen vereinigt, so dass ein kurzer, harnröhrenartiger Kanal entstand. Kontinenz wurde nicht erzielt.

Jacquard (54) beschreibt ein die ganze Harnröhre einnehmendes und auf die Blase übergreifendes Plattenepithelkarzinom, bei dem von Leriche die Harnröhre, die Blase und der Uterus exstirpiert und die beiden Ureteren, deren Mündungen frei waren, subperitoneal in die Flexur implantiert wurden; die Kranke starb nach wenigen Stunden an Kollaps.

Palais (80) beschreibt ein auf dem Boden von Narbengewebe entstandenes Karzinom der Harnröhre bei einer 53jährigen Frau, das von Jaboulay mittelst Totalresektion der Harnröhre exstirpiert wurde. 74 aus der Literatur gesammelte Fälle.

Horand (50) beobachtete Entwickelung eines Pflasterepithelioms auf dem Boden einer alten klappenförmigen Harnröhrenstriktur bei einer 53jährigen Frau. Totalexstirpation des Urethralrohrs auf 3 cm Länge mit Herabziehen der belassenen Urethralschleimhaut, die an den äusseren Wundrand angenäht wurde. Heilung.

c) Blase.

1. Anatomie und Physiologie.

1. *Casper, L., Die Altersblase. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 5. März. Berl. klin. Wochenschrift. Bd. 49. p. 717. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 435.
2. *Dubois, Ch., und L. Boulet, Action des extraits de prostate sur la vessie. Compt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 16. p. 701.
3. *Fröhlich, A., und H. H. Meyer, Die sensible Innervation von Darm und Harnblase. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 29.
4. *Lichtenstern, R., Über die zentrale Blaseninnervation, ein Beitrag zur Physiologie des Zwischenhirns. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 1248.
5. Ott, J., und J. C. Scott, Action of animal extracts on bladder. Monthly Cyclopedia and Med. Bull. Juli. (Fand Blasenkontraktionen bei Anwendung von Thyreoidea-, Prostata-, Parathyreoidea-, Pankreas-, Ovarium- und Hoden-, Parotis-, Thymus- und Gehirn-Extrakten, Erschlaffung dagegen bei Nebennierenextrakt.)
6. Schevkunenko, Das Trigonum vesicae und die Portio intramuralis ureteris. Russ. urol. Ges. Sitzg. vom 3. Febr. 1911. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 145. (Siehe Jahresbericht. Bd. 25. p. 239.)
7. *Steuernagel, W., Die Kapazität der Harnblase in der Schwangerschaft, der Geburt und im Wochenbett. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 3. p. 295.

Fröhlich und Meyer (3) wiesen an Hunden nach, dass die Sensibilität der Blase ausschliesslich durch die Nn. pelvici vermittelt wird, die durch die hinteren Wurzeln der drei Sakralnerven schmerzvermittelnde Fasern zum Rückenmark und Gehirn senden; nur in der Sphinktergegend wird die Schmerzempfindung auch durch die Nn. pudendi und den Nervus haemorrhoidalis posterior vermittelt.

Lichtenstern (4) fand bei Katzen, dass Reizung des Hypothalamus Blasenkontraktion hervorruft, und zwar auch nach Entfernung der Grosshirnhemisphären. Der Reiz wird durch die N. erigentes der Blase mitgeteilt und die Austrittsstelle aus dem Rückenmark ist in der Höhe des zweiten und dritten Sakralnerven. Eine Einwirkung auf den Uterus findet nicht statt.

Dubois und Boulet (2) wiesen an der Hundeblase das Auftreten von Blasenbewegungen durch frisches Prostataextrakt nach, auch nach Zerstörung des Rückenmarks; dagegen wurden bei vollständig isolierter Blase durch Prostataextrakt die Längsfasern erschlafft.

Steuernagel (7) bestimmte das Fassungsvermögen der normalen weiblichen Blase auf 450—550 ccm und den Eintritt des Harndranges auf eine Füllung mit 250—350 ccm. In der ersten Hälfte der Schwangerschaft verhalten sich beide Momente ebenso, vom sechsten Monat an steigt bis zum Ende der Schwangerschaft das Fassungsvermögen auf 800 ccm, der Harndrang tritt vom neunten Monat an erst bei 400—500 ccm Füllung ein, ebenso in der Geburt. Sofort nach der Geburt steigt das Fassungsvermögen auf 1½—2 Liter, die Spannungsempfindlichkeit auf 800—1000 ccm Füllung und bis zum 10. Tage um weitere 100 bis 200 ccm, um von da ab zu sinken und nach 4—6 Wochen die Norm zu erreichen.

Casper (1) fand bei der „Altersblase" drei Arten von anatomischen Veränderungen: 1. perifaszikuläre Bindegewebsdegeneration in der Muskularis, 2. intrafaszikuläre und 3. elastische Degeneration, d. h. Ersatz der Muskeln durch elastisches Gewebe. Die Gefässe wurden nicht sklerosiert gefunden.

2. Allgemeine Diagnostik und Therapie.

1. *Adrian, C., Zur Bestimmung der Residualharnmenge. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 52.
2. Amann, J. A., Fibromyosarkom der vorderen Beckenwand mit partieller Resektion der Blase. Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 7. Juli. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1932.
3. Binney, H., Modification of the Keys-Ultzmann Syringe. New England Branch of the Amer. Urol. Assoc. Sitzg. vom 28. Nov. 1911. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 167. p. 21.
4. Braasch, W. F., Neglected principle in cystoscopy. Amer. Journ. of Urol. Bd. 8.

p. 115. (Empfehlung des direkten Kystoskops; Füllung der Blase mit Wasser, statt mit Luft.)
4a. Brandt, Zur Kystoskopie in der Gynäkologie. Therap. Obosr. Nr. 17. (Ein Fall von Extraktion einer Ligatur aus der Harnblase.) (H. Jentter.)
5. Brant, V. D., Die Anwendung der Kystoskopie in der Gynäkologie; Abtragung von Blasenligaturen. Chir. Arch. Weljam. Bd. 28. p. 208. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 1. p. 839. (Entfernung eingewanderter Fäden nach Uterusexstirpation.)
6. Brenner, Neues kystoskopisches Stativ. Naturhist.-med. Verein Heidelberg. Sitzg. vom 21. Mai. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1630.
7. Cathelin, F., Des erreurs d'interprétation des images cystoscopiques. Paris méd. Nr. 13. p. 305. (Unterscheidungsmerkmale zwischen Tumor, Stein und Gerinnsel. zwischen gut- und bösartigen Tumoren, zwischen Eiterflocken und Steinen, zwischen Tumoren und Tuberkulose, Ödem und Varizen, kraterförmiger Uretermündung und Divertikel etc.)
8. *Clarke, C., Removeable bladder sutures. Lancet. Bd. 1. p. 429.
9. Craig, G., Direct and indirect cystoscopy. Australas. Med. Gaz. Bd. 32. p. 187.
10. Cumston, Ch. G., A short account of the early history of suprapubic cystotomy. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 166. p. 516. (Historische Untersuchungen.)
11. Czablewski, Zum aseptischen Katheterismus. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1553. (Empfehlung von „Gantesol" — Lösung von Traganth in Glyzerin mit Chlornatrium und 0,2 % Oxyzyanatzusatz — als Gleitmittel für Katheter.)
12. Dickinson, Doppelläufiger Katheter. Amer. Journ. of Urol. Bd. 8. p. 316. (Für Ausspülung der weiblichen Blase.)
13. Dorr, B. C., Drainage tube for female bladder. Journ. of Arkansas Med. Soc. Bd. 9. Nr. 5.
14. Dufaux, Über Gleitmittel zum Schlüpfrigmachen der Finger und Instrumente des Arztes. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 477. (Empfehlung von „Glycasine", einer Glyzerin-Seifenlösung, zum Schlüpfrigmachen von Kathetern und Kystoskopen.)
15. Forssner, H., Fall von einer mit Ovarialtumor verwechselten dilatierten Blase. Schwed. gyn.-geb. Sekt. Sitzg. vom 29. Sept. 1911. Hygiea. 1911. Nr. 12. (Der Irrtum führte zur Laparotomie.)
16. Fowler, O. S., Use of cystoscope in diagnosis. Northwest Med. Bd. 4. Nr. 4.
17. *Fromme, F., Zur Lehre von den kystoskopisch sichtbaren Blutgefässen in der weiblichen Blase, nebst Bemerkungen über die didaktische Verwendung derselben. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 71. p. 99 u. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 4. April. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 718.
18. — Kystophotographien. Freie Vereinig. mitteldeutscher Gyn. Sitzg. vom 21. Jan. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 326. (Demonstration.)
19. Furniss, H. D., Cystoscope holder. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 59. p. 1885.
20. Garceau, E., Some new cystoscopes and a ureter catheter for collecting the total ontput of urine from one kidney. New England Branch of Amer. Urol. Assoc. Sitzg. vom 5. März. Boston Med. and Surg. Bd. 167. p. 585. (Demonstration des Eynardschen Ureterkatheters, der den Ureter vollständig verschliesst, sowie von neuen Kystoskopen.)
21. Gauss, Kystoskopische und radiographische Bilder aus den Grenzgebieten der Gynäkologie. Med. Ges. Freiburg. Sitzg. vom 16. Juli. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 88. p. 1474. (Besonders die Tuberkulose der Harnorgane betreffend. Demonstration.)
22. Gorasch, Über Alypin in der urologischen Praxis und die Komplikationen bei seiner Anwendung. Russ. urol. Ges. Sitzg. vom 1. Dez. 1911. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 658. (Vergiftungserscheinungen — von Leshneff und Wassiljeff bestätigt — nach örtlicher Alypinanwendung von 2—5 %iger Lösung auf die Schleimhaut der Harnwege.)
23. Grussendorf, Über Erfahrungen mit der Blasennaht bei dem hohen Steinschnitt an Kindern. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2806.
24. *Janssen, P., Die Versorgung der Blase nach Sectio alta. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 126.
25. Joseph, E., Eine zur Kystoskopie verbesserte Blasenspritze. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 1851. (Zur Beseitigung trüben Blaseninhalts.)
26. Lavaux, J. M., Sur les abus de la cystoscopie. XXV. franz. Chirurgenkongr. Revue de Chir. Bd. 46. p. 762. (Sah heftige Schmerzen und Hämaturien nach nicht streng indizierter Kystoskopie auftreten.)

27. Legueu und Michon, Maladies de la vessie et du pénis. Drittes Heft des Traité de Chirurgie von Le Dentu und Delbet. Paris 1911. (Berücksichtigt auch die Krankheiten der weiblichen Blase und ihre Behandlung.)
28. *Legueu, Papin und Maingot, La cystoradiographie. Journ. d'urol. Bd. 1. p. 749.
29. Lohnstein, H., Über einige neue urologische Apparate. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. Nr. 47. (Neues Führungskystoskop mit scharfer Polypenzange; Vorrichtung zur getrennten Auffangung des Harns beim Ureterkatheterismus.)
30. — Neue Lampenmodifikation am Operationskystoskop. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 1. Okt. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 2047 u. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 990. (Erlaubt möglichste Annäherung der Lampe an den Operateur.)
31. London, J., A topographic cysto-urethroscope. Amer. Journ. of Urol. Bd. 8. Nr. 11.
32. Mc Donald, J. A., Cystoscope as an aid to diagnosis. Southern Med. Journ. Bd. 5. Nr. 6.
33. Mankiewicz, O., Die Katheterpinzette. Med. Klinik. Bd. 8. p. 357. (Pinzette mit Hohlrinne zur Aufnahme des einzuführenden Katheters.)
33a. Mansfeld, O., Transkondomoskopie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Festnummer.
34. Meyer, H., Permanent suprapubic drainage of bladder without leakage; report of a case. California State Journ. of Med. Bd. 10. Nr. 1.
35. *Michael, O., Über den vaginalen Weg zur Blase (Kolpozystotomie). Fol. urol. Bd. 6. p. 577.
36. Miller, G. B., Cystoscope in Gynecology and Obstetrics. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 14. Nr. 6.
37. Moorhead, The diagnosis and treatment of intravesical lesions. Therap. Gaz. Detroit. Nr. 15. p. 244. (Hebt die Wichtigkeit der kystoskopischen Diagnose bei allen Blasenaffektionen hervor.)
38. Nelson, A. W., Cystoscope as aid in urinary diagnosis and treatment. Lancet. Clin. Cincinnati. Bd. 108. p. 407.
39. *Nordenhöft, S., Über Endoskopie geschlossener Kavitäten mittelst Trokarendoskop. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Chir. 41. Kongr. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. Kongressbeilage. p. 95.
40. Oppel, Zur Kasuistik des Ausschlusses der Harnblase. Russ. urol. Ges. Sitzg. vom 4. Mai. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 662.
41. Ottow, B., Ein primitives Blasenphantom zu kystoskopischen Übungen. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 3. p. 238. (Aus einem Gummiballon hergestellt.)
42. Peacock, A. H., A suprapubic drainage tube. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 58. p. 252. (Mit Platte versehenes Drainrohr.)
43. Pitts, H. C., A modification of the ordinary soft rubber female catheter. New England Branch of the Amer. Urol. Assoc. Sitzg. vom 28. Nov. 1911. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 167. p. 21. (Mit Verdickungen versehener Katheter, damit dieser nicht zu weit in die Blase vorgeschoben wird.)
44. Praguer, A. B., Cystoscopia, seu valor e suas indicaçoes. Brazil med. Bd. 26. Nr. 1.
45. Reynès, Technique cystoscopique. Rev. prat. des mal. des org. gén.-ur. 1911. Nr. 47.
46. — Über die suprapubische Auskultation der Blase zum Nachweis von Steinen. Progrès méd. Nr. 38. (Auskultation bei gleichzeitiger Einführung der Sonde oder Befestigung der Stethoskopplatte am Pavillon einer Metallsonde.)
47. Ringleb, O., Orientierende und verdeutlichende Kystoskopie. Berl. urol. Ges. Sitz. vom 5. März. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 38. p. 718 u. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 453. (Demonstration.)
48. Rohr, M. v., Erster Nachtrag zu den Kystoskopsystemen. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 372.
49. Roosen, R., Instrumente zum aseptischen Katheterismus. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 1940. (Der Metallkatheter wird unter dem Schutz einer aseptischen Hülle eingeführt, die sich beim Verschieben über ihn zurückstreift.)
50. Saint-Jacques und Saint-Pierre, La cystoscopie, ses avantages, sa nécessité. Journ. de méd. et de chir. de Montréal. 1911. Nr. 12.
51. Senn, W. N., Neues Operationskystoskop. Amer. Journ. of Derm. and Gen.-Ur. Diseases. Bd. 16. p. 140. (Nach dem Prinzip des Brennerschen Kystoskops.)
52. Squier, J. B., und H. G. Bugbee, Manual of Cystoscopy. New York 1911. P. B. Hoeber.
53. Syms, P., Transperitoneal operations on bladder. Amer. Med. Bd. 7. Nr. 2.

54. Thorning, W. B., Few points gained from use of cystoscope. Vermont Med. Monthly. Bd. 18. Nr. 6.
55. Weisz, F., Kystoskopische Irrtümer. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 887. (Besprechung mehrerer Quellen von Irrtümern bei der kystoskopischen Untersuchung, besonders bezüglich der Diagnose von Zystitis, Tumoren, Steinen etc.)
56. Weston, R. A., Cystoscopy as aid to diagnosis. Jowa Med. Journ. Bd. 18. Nr. 7.
57. Williamson, T. V., Cystoscopic technic in examining urinary viscus. Virginia Med. Semi-Monthly. Bd. 17. 7. Juni.
58. Young, H., Eine neue Kombination vom Kystoskop und Evakuationslithotriptor. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 587.

Adrian (1) empfiehlt zur Bestimmung der Residualharnmenge ohne Katheterismus in erster Linie die auf die Bestimmung des spezifischen Gewichtes fussende Berechnungsmethode, welche sehr leicht auszuführen und die Menge des Residualharns, deren Kenntnis in prognostischer und therapeutischer Beziehung wichtig ist, in exakter Weise zu bestimmen erlaubt.

Legueu, Papin und Maingot (28) verwandten die Kystoradiographie (bei Kollargolfüllung) mit Erfolg für den Nachweis von Blasendivertikeln, Balkenblase, Blasengeschwülste und Blasensteinen.

Fromme (17) erklärt im Gegensatz zu der Beschreibung von Nitze u. a. die dickeren, auf der Blasenschleimhaut kystoskopisch sichtbaren, in sie sich einsenkenden Gefässe nicht als Arterien, sondern als Venen des in der Schleimhaut liegenden venösen Netzes, also venöse Kapillaren. Arterien sind nur bei Hyperämie zu sehen. z. B. bei Füllung der Blase mit 100 g Kollargollösung. An der Ureterenmündung sind meist zwei parallel laufende Venen zu sehen, welche das Aufsuchen der Uretermündung erleichtern, während in der Sphinktergegend radiär zusammenlaufende Venen vorhanden sind und die übrigen Partien der Schleimhaut sternförmige Gefässfiguren zeigen.

Nordenhöft (39) konstruierte zur Untersuchung geschlossener Hohlorgane ein Trokar-Endoskop, welches für die Blase nach Punctio suprapubica sich eignet, wenn die Harnröhre undurchgängig ist. Ausserdem erlaubt dasselbe auch die Ausführung endovesikaler Operationen auf diesem Wege.

Michael (35) empfiehlt für alle intravesikalen Operationen am Weibe die Kolpokystotomie, weil sie chirurgische Gründlichkeit mit Einfachheit und Lebenssicherheit verbindet, ferner in diagnostisch schwierigen Fällen als Explorativverfahren und zum direkten Harnleiterkatheterismus. Es wird Quer- oder Bogenschnitt durch die Spitze des Trigonum empfohlen.

Janssen (24) spricht sich auch bei infizierter Blase nach Sectio alta für primären Verschluss der Blase aus. Er durchschneidet die Haut quer unter der Unterbauchfalte und die Faszie in der Linea alba, entleert die Blase durch Troikar mit ableitendem Schlauch, um die Beschmutzung der Wunde zu vermeiden, und schliesst nach vollendeter Operation und exakter Blutstillung die Blase in zwei Etagen (Catgut-Knopfnaht, dann Lembertnaht) und drainiert die Wunde mit Kugeldrain. Besonders notwendig ist es, vor der Eröffnung die Blase zu mobilisieren. Verweilkatheter.

Clark (8) schlägt vor, zur Vermeidung versenkter Nähte in der Blasenwand die durch die Muskularis gelegten Silkwormnähte durch in die Wunde gelegte Glasröhren nach aussen zu leiten und erst am Röhrenende über einen Metallring zu knoten, so dass sie leicht entfernt werden können. Die Nähte sollen 12—13 Tage liegen gelassen werden.

Grussendorf (22a) hebt die Gefahren der Blasennaht nach hohem Steinschnitt an Kindern (unter 40 Fällen nur zwei Mädchen) hervor und erklärt ihn für kontraindiziert bei höherem Grad von Blasenreizung, bei Bestehen von Zeichen einer pyelitischen Infektion und wenn die Blasenschleimhaut die zarte elastische Beschaffenheit verloren hat.

3. Missbildungen.

1. Bazy, P., Les déformations du bassin dans l'exstrophic de la vessie. Bull. de la Soc. de Chir. Nr. 20. p. 758. (Symphysenspalte 10 cm breit, Sektionsbefund.)
2. *Berg, J., Über die Anwendung von Dünndarmschlingen bei gewissen Operationen der Harnwege. Arch. f. klin. Chir. Bd. 96. Heft 4.
3. Caird, F. M., Extroversion of the bladder with epithelioma. Edinburgh Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 21. Dez. 1911. Lancet. Bd. 1. p. 97. (32jährige Frau, Exstirpation

der Blase und des unteren Teiles eines Ureters, Einpflanzung der Ureteren in die Bauchwunde; geheilt.)
4. Cohrs, Cas compliqué de l'exstrophie vésicale. Revue de gyn. et de chir. abd. 1911. Heft 4. (Mit Omphalozele und Beckenspalte und rudimentären Geschlechtsorganen kompliziert.)
5. Cunéo, Heitz-Boyer und Hovelacque, Exstrophie de la vessie, création d'une vessie nouvelle, observations et procédés opératoires. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris. Bd. 38. p. 2. (Behandelt die Bildung einer neuen Blase aus ausgeschalteten Dünndarm- oder Mastdarmstücken.)
6. Dechanow, S. F., Ureterentransplantation nach Maydl nach der Modifikation von Berglund-Borelius und Mysch. Fol. urol. Bd. 6. p. 666. (Günstiges Operationsresultat bei Blasenektopie in einem Falle.)
7. *Delle Chiaje, S., Un cas d'absence de la vessie. Soc. d'Obst. de Paris. Sitzg. vom 16. März 1911. Annales de Gyn. 2. Serie. Bd. 9. p. 240.
8. Enderlen, Die Blasenektopie. Ergebn. d. Chir. u. Orthopädie. Bd. 2.
9. Feutrie, N., Contribution à l'étude du traitement de l'exstrophie vésicale par l'implantation des uretères dans le rectum (voie extrapéritonéale). Thèse de Paris. 1910/11. Nr. 305. (Fall von Einpflanzung beider Ureteren tief in das Rektum über dem Anus; Exitus.)
10. v. Frisch, Fall von Doppelblase. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. Beiheft. p. 467. (Mann; durch Radiographie nachgewiesen.)
11. Froelich, Exstrophie de la vessie. Soc. de Méd. de Nancy. Revue de Chir. Bd. 45. p. 359. (12jähriges Mädchen, Symphysenspalte, gespaltene Klitoris, Infektion der rechten Niere; keine Operation.)
12. *Heinsius, F., Verlagerung der Blase, Blaseninversion und Blasenektopie beim Weibe. Klin.-therap. Wochenschr. Nr. 13.
13. Heitz, Creation of new bladder and urethra. Amer. Journ. of Surg. Mai.
14. *Heitz-Boyer, N., und A. Hovelaque, Création d'une nouvelle vessie et d'un nouvel urètre. Journ. d'Urol. Bd. 1. p. 237.
15. Hovelacque, A., Etude anatomo-pathologique de l'exstrophie complète de la vessie. Journ. d'Urol. Bd. 1. p. 42 ff. (Eingehende anatomische Studie über das Verhalten der Blase, der Ureteren und Nieren, der Nabelgefässe, der Genitalorgane, des Bauchfells und der Symphyse bei Ektopie der Blase.)
16. *Janssen, P., Operation der Blasenektopie. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 79. Heft 1.
17. Kirmisson, Exstrophie de la vessie. La clin. 1911. Nr. 18.
18. Laméris, Ectopia vesicae. Holländ. Ges. f. Chir. Sitzg. vom 15. Okt. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 1440. (Maydlsche Operation, Erfolg seit 1½ Jahren.)
19. Lastaria, Modifikation der neuen Operationsmethoden bei Exstrophie der Blase nach Cuneo, Heitz-Boyer und Hovelacque. Rif. med. Bd. 28. Nr. 6. (Pflanzt nicht den ganzen Darm, sondern nur eine Schleimhautmanschette in den Mastdarm ein.)
20. Makkas, Behandlung der Blasenektopie. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. Bonn. Sitzg. vom 15. Juli. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 2435. (Dauererfolg bei dem früher mitgeteilten Fall siehe Jahresber. Bd. 24 p. 240.)
21. *Marion, Traitement de l'exstrophie de la vessie par le procédé de Heitz-Boyer et Hovelacque. Soc. de Chir. Sitzg. vom 6. Dez. 1911. Semaine méd. 1911. 13. Dez. Sitzg. vom 3. Jan. Presse méd. Nr. 3. p. 31.
22. Moser, Ectopia vesicae. Ärztl. Bez.-Verein Zittau. Sitzg. vom 7. Nov. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 2386. (Vor 40 Jahren mit Erfolg operiert; jetzt wahrscheinlich Blasenkarzinom.)
23. Pauchet, Correction opératoire d'une anomalie génito-urinaire; utérus et vagin doubles; abouchement de la vessie du vagin et du rectum dans un canal commun (cloaque); incontinence urinaire et fécale. Soc. de Chir. de Paris. Revue de Chir. Bd. 45. p. 505. (Nach Isolierung und Ableitung des Mastdarms und Vereinigung der zwei Scheiden Bildung einer Urethra und Vereinigung mit der Blase.)
24. Potherat, Les lésions de la ceinture pelvienne dans l'exstrophie vésicale. Bull. de la Soc de Chir. Nr. 19. p. 734. (Weites Klaffen der Symphyse.)
25. Schmidt, H. B. Exstrophy of the bladder in a parous woman. Phys. and Surg. Bd. 33. p. 372. Ref. Amer. Journ. of Obst. Bd. 65. p. 126. (Mit 7 cm weit klaffender Symphyse.)
26. Segal, H., Beitrag zur Ätiologie der Bauchblasengenitalspalte und des partiellen

Tibiadefektes. Inaug.-Diss. Berlin. 1911 (Führt die Blasenspalte auf vorzeitige Spaltung der Kloakenmembran und Ausbleiben des Mesodermwachstums in die Kloakenmembran hinein zurück.)
27. *Trinkler, N. P., Ein seltener Fall von Organverdoppelung. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 751.
28. Vance, A. M., Epispadie, exstrophy of bladder, autoplastic repair, very gratifying result. Amer. Journ. of Obst. Bd. 66. p. 996. (Lappenplastik.)
29. Wood, J., Ectopia vesicae. Bradford Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 16. Jan. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 244.

Trinkler (27) beschreibt einen Fall von vollständiger Verdoppelung der Urethra und Blase mit Einmündung je eines Ureters in die letztere, ferner vollständige Verdoppelung von Scheide und Uterus und Rektum, das beiderseits von der Einmündung des einen Dünndarms ausging, beiderseits symmetrisch ins Becken hinabstieg und mit je einer Analöffnung mündete. Die Verhältnisse wurden an dem dreijährigen Kinde mittelst Laparotomie festgestellt, die zur Unterdrückung des einen Rektums und des zugehörigen Anus führte.

Delle Chiaje (7) beschreibt einen Fall von vollständigem Fehlen der Blase bei einem 19jährigen Mädchen, bei dem die Ureteren 2 cm oberhalb der Harnröhrenmündung ausmündeten; es bestand zeitweiliger heftiger Harndrang, aber keine Inkontinenz, und zeitweilig Anschwellung linkerseits, wahrscheinlich durch Ureterdilatation.

Berg (2) verwendete bei Blasenektopie und bei Blasenexstirpation wegen Karzinoms zur Einleitung des Trigonum eine ausgeschaltete Dünndarmschlinge, die er mit der Flexur verband, jedoch wird hierbei die Infektion der Ureteren und Nierenbecken nicht sicher vermieden. Bei Einleitung in den Anfangsteil des Dickdarms besteht die Gefahr einer chronischen Vergiftung durch Harnresorption. Die Zukunft bei Blasenektopie beruht in Verschluss der Blase von vorne.

Heitz-Boyer und Hovelaque (14) beschreiben in ausführlicher Weise die Einleitung einer aus einem Darmsegment neugebildeten Blase in das Rektum innerhalb des äusseren Sphinkters.

Marion (22) pflanzte bei Blasenexstirpation die Ureteren in den unteren Teil des durchschnittenen Rektums ein, zog das obere Ende des Rektums zwischen den Sphinkter und die losgelöste Schleimhaut des hinteren Analteils herab, so dass in den Anus, der unter der Herrschaft des Sphinkters steht, die neugebildete Blase (200 ccm Fassungsvermögen) und das Rektum einmünden.

Enderlen (8) bezeichnet bei Blasenektopie die Plastik der Blase aus dem Darm als schwierig und nicht verlässig, dagegen die Maydlsche Operation als die brauchbarste aller Ableitungsmethoden des Harns nach dem Darm.

Janssen (16) empfiehlt zur plastischen Operation der Blasenektopie die Fixierung des Blasenscheitels in der Laparotomiewunde, temporäre Ausschaltung der Bauchpresse durch Einkerbung der Mm. recti und Ableitung des Harns für die Dauer der Heilung des durch genaue Bauchdeckennaht geschlossenen Defektes.

Heinsius (12) operierte einen Fall von Blasenektopie nach Trendelenburg und durch Plastik.

4. Neurosen und Funktionsstörungen.

1. Arndt, Ischurolstäbchen. Verein Posener Ärzte. Sitzg. vom 14. Okt. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 2471. (Zur Behandlung der Ischurie im Wochenbett.)
2. Barry, C. C., Air in bladder among women. Indian Med. Gaz. Bd. 47. Nr. 1. (Vier Fälle, davon zwei mit heftigen kolikähnlichen Schmerzen. Keine Infektion der Blase. Der Zustand wird auf Schlaffheit der Blasenwand zurückgeführt.)
3. Birnbaum, R., Zur Therapie der nervösen Pollakiurie (Cystospasmus autorum). Frauenarzt. Nr. 2. (Fall von sofortiger Beseitigung aller Blasenschmerzen bei hartnäckiger nervöser Pollakiurie durch Anlegung einer künstlichen Blasenscheidenfistel, nach deren Schluss die Heilung eine definitive blieb.)
4. *Curet, R. Ch. M., Du traitement de l'incontinence d'urine infantile dite essentielle par les injections épidurales de sérum artificiel. Thèse de Bordeaux. 1910/11. Nr. 18.
5. Edwards, H., Nervous retention of urine. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 73. (Empfiehlt Glyzerininjektion in den Mastdarm.)

6. Ehrenpreis, E., Störungen seitens des Harnapparates im Wochenbett. Now. lek. Heft 7. (Besprechung der Harnretention.)
7. *Eising, E. H., Injection of paraffin for incontinence of urine following to the urethra. Med. Record. New York. Bd. 81. p. 806.
8. Eyres, H. M., Nervous retention of urine. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 484. (Glyzerinklysma unwirksam.)
9. *Fehling, Zur Behandlung der Blasenschwäche des Weibes. Unterels. Ärzteverein. Sitzg. vom 3. Febr. Med. Klinik. Bd. 8. p. 632.
10. Femb, Incontinentia urinae durch Läsionen bei der Entbindung. Norsk. Mag. f. Laegevidensk. 1911. (Heilung durch Paraffininjektion.)
11. Grube, Ischuria paradoxa bei Graviditatis tubaria. Geb. Ges. Hamburg. Sitzg. vom 29. Okt. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 105.
11a. Gaulland, W., Zwei Fälle von Incontinentia urinae. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. Nr. 8. (Der eine Fall, nach dem Verf. kongenitale Sphinkteraplasie, wurde operiert mit Verwendung der Mm. pyramidal. Der andere, eine Inkontinenz von hysterischer Natur, wurde durch Blasendilatation und Suggestion behandelt.) (Silas Lindquist.)
12. Hagner, F. R., Case of unrelieved unexplainable vesical tenesmus. Amer. Journ. of Urol. Bd. 8. Nr. 10. (Der Tenesmus wird auf toxische Neuritis an den Blasennerven infolge septischer Prozesse in der Blase erklärt.)
13. Holland, C. L., Vesical urinary retention. West Virginia Med. Journ. Bd. 6. Nr. 9.
14. *Jaschke, R. Th., Pituitrin als postoperatives Tonikum mit besonderer Berücksichtigung der Blasenfunktion. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1661.
15. Isidori, Distocia per ritenzione acuta di urina. Clin. Ostetr. 1910. Heft 20.
16. *Kelly, H. A., Treatment of incontinence of urine in women. Therap. Gaz. Detroit Bd. 28. p. 685. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 148.
17. Kidd, F., Nervous retention of urine. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 284. (Empfiehlt Injektion von Borglyzerin in der Blase.)
18. *Klotz, M., Die Behandlung der Enuresis nocturna. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 2297.
19. *Legueu, F., Des troubles, urinaires provoqués par les fibromes du col utérin. Journ. d'Urol. Bd. 1. p. 37.
20. Lengnu, F., Urinary disturbancens induced by fibromata of neck of uterus. Amer. Journ. of Surg. Mai. (Erwähnt komplette und inkomplette Retention durch Druck auf die Blase, ferner Kompression der Ureteren.)
21. Lopez, J. H., Enuresis und Cheiromanie. Amer. Journ. of Derm. and gen.-ur. Diseases. Bd. 16. p. 130. (Hebt den häufigen Zusammenhang der Enuresis mit Masturbation hervor.)
22. Marquès, H., und P. Desmonts, Déplacements du col de la vessie dus à la réplétion des organes pelviens. Arch. d'Electr. méd. Nr. 328. p. 145. (Berücksichtigen die Verhältnisse beim Manne.)
23. Mathews, Retention of urine due to adherent appendical stump. New York Surg. Soc. Sitzg. vom 14. Febr. Annals of Surg. Bd. 55. p. 773. (Durchtrennung der Adhäsion, Heilung.)
24. *Mello-Leitao, Treatment of nocturnal enuresis in children. Brit. Journ. of Child. disease. Bd. 9. p. 106.
25. Nelson, A. W., Frequency of urination. Ohio State Med. Journ. Bd. 8. Nr. 2.
26. Neubürger, Zur Ischuria paradoxa. Ärztl. Verein Frankfurt. Sitzg. vom 20. Nov. 1911. Med. Klinik. Bd. 8. p. 37. (Empfehlung des Katheters.)
27. Nubiola, P., Harnflut bei der Einklemmung des retroflektierten schwangeren Uterus. Arch. de gin. ostetr. y pediatr. Nr. 9. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2072. (Hochgradige Polyurie, als Folge der Erhöhung des intravesikalen Drucks gedeutet.)
28. *Ruhräh, J., Treatment of nocturnal enuresis in children. Amer. Journ. of Med. Sciences. Bd. 143. p. 185.
29. Shaw, E. B., Fest's operation for cure of enuresis in female. New Mexico Med. Journ. Bd. 7. Nr. 2.
30. *Stein, A., Anteflexio-versio as a cause of functional disorders of the bladder, and a method for its correction. New York Ac. of Med. Sect. on Obst. and Gyn. Sitzg. vom 25. Jan. Med. Record. New York. Bd. 81. p. 391.
31. Sträussler, Zur Frage der Enuresis nocturna. Verein deutscher Ärzte in Prag.

Sitzg. vom 15. Nov. Prager med. Wochenschr. Bd. 37. p. 792. (Fall mit Spina bifida occulta.)
32. *Trömner, Durch Hypnose geheilte Fälle von Enuresis nocturna. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 18. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1465.
33. *Waugh, W. T., Über einige Blasenerkrankungen. Pac. med. Journ. Juli.
34. Wilson, S. G., Enuresis. Mississippi State Med. Assoc. 40. Jahresvers. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 58. p. 1716. (Nimmt psychische Ursachen an und empfiehlt den faradischen Strom und Tonika.)
35. Wolkowitsch, Ein Fall operativer Behandlung bei Harninkontinenz. Wratsch. Gaz. Nr. 12. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu Kiew. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 1. p. 873. (Die 24jährige Patientin litt an essentieller Inkontinenz bei stark dilatierter Urethraöffnung. Sie war schon operiert worden, jedoch ohne Erfolg [Separation und Torsion der Harnröhre]. Diese Operation wurde wiederholt, wobei die Urethra in einen Tunnel zwischen die Schambeinknochen gelegt wurde: es bildete sich eine Harnfistel. Endlich Operation nach Wolkowitsch [Journ. akusch. i shensk. boles. Bd. 15. p. 1050] wieder erfolglos. Nach drei Wochen wurde dieselbe Operation wiederholt. Genesung. Verf. hat nach seiner Methode 20mal operiert. Eine Patientin hat eine normale Schwangerschaft und Geburt danach durchgemacht.) (H. Jentter.)
37. Wood, F. C., Nervous retention of urine. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 240. (Empfehlung eines einfachen Darmklysmas.)
38. Yeomans, F. C., Prophylaxis and treatment of postoperative retention of urine. Proctologist. Bd. 6. Nr. 3.

H. A. Kelly (16) erklärt die bisherigen operativen Methoden zur Beseitigung der urethralen Inkontinenz für unsicher und empfiehlt Freilegung des Blasenhalses durch Längsschnitt, Ablösung der Scheidenwand vom Sphinkter und Vereinigung der auseinander gewichenen Sphinkterfasern durch eine feine Seidenmatratzennaht.

Fehling (9) empfiehlt bei Blasenschwäche das Schatzsche Pessar, operativ die Blasenraffung, bei älteren Frauen die Umdrehung des Uterus nach vorne; prophylaktisch wird im Wochenbett Ruhe empfohlen.

Eising (7) konnte zwei Fälle von dauernder Harninkontinenz infolge der Geburtsvorgänge durch submuköse Paraffininjektionen beseitigen.

Jaschke (14) beobachtete sowohl bei Wöchnerinnen, als nach Becken- und Bauchoperationen ungefähr in vier Fünfteln aller Fälle nach Pituitrinanwendung eine Anregung der Blasenfunktion; auch mit Pituglandol wurden günstige Erfolge beobachtet.

Waugh (33) empfiehlt bei motorischen Störungen der Blase Strychnin, das auf Sphinkter und Detrusor, Physostigmin, das nur auf den Detrusor, und Rhus, das nur auf den Sphinkter stimulierend einwirken soll. Bei Blasenreizung wird Arbutin, bei Strangurie und Tenesmus infolge von Entzündung Gelseminin empfohlen.

Stein (30) führt Funktionsstörungen der Blase in der Form der „irritable bladder" und selbst in Form von cystitisähnlichen Erscheinungen auf eine zu starke Anteflexio oder -versio uteri, empfiehlt deren Beseitigung durch Pessarbehandlung. In der Diskussion bezweifelt Furniss diese Ätiologie und nimmt in solchen Fällen immer eine Trigonumcystitis an.

Legueu (19) fand unter 250 Fällen von Kollummyomen des Uterus nur 20mal Blasenstörungen, besonders Retention. Ausser der Hinaufzerrung der Blase wird auch die Urethra verzogen und verlängert. Ausserdem wird die Möglichkeit der Ureterkompression erwähnt.

Curet (4) fand die epiduralen Injektionen von 5—25 ccm physiologischer Kochsalzlösungen bei einfacher nächtlicher Inkontinenz sehr wirksam, so dass 1—2 Injektionen zur Heilung genügten. Weniger sicher ist die Wirkung mit komplizierten Fällen von Pollakiurie und Nacht- und Tagesinkontinenz.

Trömner (32) fand unter 173 Enuresisfällen 57 % Mädchen und fasst die Enuresis als lokale Reflexneurose und als Persistenz der automatischen Blasenentleerung des Säuglingsalters, also als eine Art Reflexinfantilismus auf. Als beste Therapie erklärt er die hypnotische Suggestion, mit der er ein Drittel der Fälle heilte und ein weiteres Drittel mehr oder weniger erheblich besserte. Von den epiduralen Injektionen sah er nur in vereinzelten Fällen Erfolg.

Mello-Leitao (24) heilte von sieben hartnäckigen Enuresisfällen fünf mit epiduralen Injektionen und einen mit renaler Opotherapie; einer blieb ungeheilt.

Klotz (18) hebt bei Enuresis, die auf Hysterie des Kindesalters beruht, die suggestive Wirkung aller therapeutischen Massnahmen hervor und empfiehlt als wirksamstes Mittel die Faradisation, ausserdem die lokale kalte Dusche. Von der Hypnose sind besondere günstige Wirkung nicht zu erwarten. Bei Enuresis ohne hysterische Symptome werden die Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr, die Erhöhung des unteren Bettendes, eine geeignete Diät und das systematische Wecken empfohlen.

Ruhräh (28) empfiehlt zur Behandlung der Enuresis das Atropin neben Bettruhe, Diätregulierung oder Erhöhung des Fussendes des Bettes.

5. Blasenblutungen.

1. *Cuturi, F., Beitrag zur Blasenblutung bei Abweichungen der Menses. Revue franç. de méd. et de chir. 1911. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 829.
2. Gramenitzky, Fall von arterieller Blutung aus der Blase. Russ. urol. Ges. Sitzg. vom 3. Febr. 1911. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 145.
3. *Lohnstein, H., Hämaturie infolge von Blasenblutung diabetischen Ursprungs. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1938.
4. Porzelt, W., Ein Fall von diffusen Venenektasien der Blasenschleimhaut. Inaug.-Diss. Würzburg 1911. (37jährige Frau; Sektionsbefund; die Phlebektasien waren diffus über die ganze Schleimhaut zerstreut.)
5. *Schäffer, O., Blasenblutungen infolge therapeutischer Massnahmen in der Analgegend. 84. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Münster. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1357.

Cuturi (1) beobachtete in zwei Fällen von vikariierender Menstruation kystoskopisch Gefässüberfüllung im Trigonum und Varixzerreissung.

Lohnstein (3) beschreibt ein gangränöses Geschwür am Übergang der Harnröhre zur Blase auf diabetischer Grundlage; es hatte zu einer Blasenblutung Veranlassung gegeben.

Schäffer (5) beobachtete nach Ätzung von Analfissuren Blasenblutung, Ödem und Phlebektasien der Blasenwand, die er als Folge von durch Infektion bewirkter Thrombophlebitis auffasst.

6. Cystitis.

1. *Barlet, J. M., Passage of cast of the bladder per urethram. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 122.
2. Barris, Retroversion of the gravid uterus with overdistension of the bladder and hematuria. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. April. R. Soc. of Med., Obst. and Gyn. Sect. Sitzg. vom 11. April. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 953. (Wahrscheinlich durch Gefässruptur oder durch Schleimhautriss infolge Überfüllung der Blase; keine Cystitis.)
4. *Berger, F., Blenotin, ein neues reizloses Antigonorrhoikum. Med. Klinik. Bd. 8. p. 695.
5. Block, E. B., Injurious effects of jodids and bromids on acute inflammations, especially cystitis. Journ. of. Med Assoc. of Georgia, Bd. 2. p. 137.
6. Boehm, J. L., und J. M. H. Dean, Sigmoido-vesical fistula. Amer. Journ. of Urol. Bd. 8. p. 474. (Cystitis mit Dysurie und Abgang von Darminhalt durch die Blase; kystoskopische Erkennung der fingerdicken Kommunikation. Laparotomie mit schwierigem Verschluss der Blase. Tod an Peritonitis.)
7. *Boss, S., Über Hexal, ein neues sedatives Blasenantiseptikum. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1695.
8. *Brocks, Über postoperative Cystitis. Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 7. Juli. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1933.
9. *Caillet, Ch., Des complications vésicales au cours de l'appendicite. Thèse de Paris.
10. Caird, Enterovesical fistula. Edinburgh Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 7. Febr. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 369. (Durch Durchbruch eines Karzinoms der Flexur.)
11. Chute, A. L., Zwei Fälle von Blasendarmfisteln infolge von Divertikulitis der Flexur. Transact. of the Amer. Assoc. of Gen.-Ur. Surg. Bd. 6. p. 86. (Laparotomie, Aufgehen der Nähte, Tod an Peritonitis.)

12. *Clark, J. B., When cystitis is no cystitis. Med. Record. New York. Bd. 81. p. 618.
13. Crowe, H. W., Incidence of streptococci in urine. R. Soc. of Med., pathol. Sect. Sitzg. vom 19. März. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 728. (Nachweis von Streptokokken in der Harnröhre bei Gesunden.)
14. Czarkowski, J., Chirurgische Behandlung der mit Durchbruch in Darm und Harnblase oder mit Darmverengerung komplizierten Tubenabszesse. Przeglad chir. i gin. Bd. 6. Heft 2.
15. Dalmer, Ausstossung eines Kotsteins durch die Blase. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 583. (Aus der Appendix durchgebrochen.)
16. *Desgouttes und Reynard, Deux cas d'ulcère simple chronique de la vessie. Lyon méd. Nr. 23.
17. Ekehorn, G., Dermoidcysta i högra ovariet med perforation genom väggen rill urinblasen. Nord. med. Ark. 1911. Abt. I. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 519. (Exstirpation.)
18. *Farnarier, G., L'enfumage iodé dans le traitement des cystites. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 857. Semaine méd. Nr. 28.
19. Fischer, G., Ein neues Harnantiseptikum. Fol. urol. Bd. 7. p. 161. (Empfehlung von Amphotropin, i. e. kamphersaurem Hexamethylentetramin.)
20. *Frezouls, J., Sur le Buchu. Thèse de Montpellier. 1910/11. Nr. 126.
21. Fullerton, W. D., Hexamethylentetramin, report of a case of medicinal cystitis following its administration. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 58. p. 78. (Heftige Blasenreizung, Hämaturie und Ausstossung von Membranen nach sehr grossen Dosen von Urotropin und Helmitol.)
22. *Garceau, E., Chronic cystitis of trigone and vesical neck. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 15. Nr. 2 u. Amer. Gyn. Soc. 37. Jahresvers. Amer. Journ. of Obst. Bd. 66. p. 91.
23. Goroditsch, Pathologie und Therapie der chronischen proliferierenden Kollumcystitis. Wratsch. Gaz. p. 399. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 1. p. 842. (Kauterisation mit Silbernitrat und Resorzin, Massage.)
24. Gröning, F., Über Erkrankungen im prävesikalen Raum (Cavum Retzii). Inaug.-Diss. Berlin 1911. (Fall von prävesikalem Bluterguss durch Fraktur des Schambeinastes, ferner ein Adenom des Cavum Retzii, eine Aktinomyzesgeschwulst und eine Eiterung bei Diabetes.)
25. *Grosglik, S., Extrauteringravidität mit Retention der Frucht durch 30 Jahre und Durchbruch derselben in die Harnblase. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 3. p. 241 u. Przegl. Lek. Bd. 5. p. 279.
26. *Hamonic, Behandlung der Cystitis mit Joddämpfen. XVI. Réunion de l'assoc. franç. d'Urol. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 726.
27. Hesse, Cygoteetabletten. Ärzteverein Düsseldorf. Sitzg. vom 9. Okt. 1911. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 344. (Teekombination von Bärentrauben, Sassafras, Ononis, Herniaria, Petroselinum und Mentha bei Cystitis und Gonorrhoe zur Diurese.)
28. *Holzbach, E., Die Beziehungen des Harnapparates zur Physiologie und Pathologie der weiblichen Geschlechtsorgane. Volkmanns Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 663/664.
29. *Jaeger, F., Über einen Fall von Cystitis gonorrhoica bei einer Schwangeren. Zeitschrift f. gyn. Urol. Bd. 3. p. 165.
30. *Jellett, H., Sloughing bladder from pressure of a pelvic myoma. R. Soc. of Med. in Ireland. Sitzg. vom 16. Febr. Lancet. Bd. 1. p. 728.
31. Jordan, A., Cystitis and urinary antiseptics. Lancet. Bd. 1. p. 684. (Empfiehlt Urotropin und gleichzeitige Begünstigung der sauren Harnreaktion, ausserdem inneren Gebrauch von Borsäure.)
32. *Kaji, Therapeutische Opsonine für Cystitis. Zeitschr. d. japan.-gyn. Ges. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1201.
33. *Krebs, G., Über den praktisch-therapeutischen Wert des Cystopurins. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 654.
34. *Loth, Über Malakoplakie der Harnblase. Biol. Abteil. d. ärztl. Vereins Hamburg. Sitzg. vom 19. März. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1463.
35. Michailoff, N. A., Syphilis der Harnblase und der oberen Harnwege. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 215. Siehe Jahresber. Bd. 25. p. 257.
36. *Michailoff, A., Zur Behandlung der verschleppten Cystitis und der chronischen Pyelitis. Wratsch. Gaz. Nr. 1. Sitzg. d. XI. Kongr. russ. Chir. Rev. clin. d'urol. Mai. Prakt. Wratsch. Nr. 12.

(H. Jentter.)

37. Moreau, Tuberculose annexielle, cystite par contiguité, hystérectomie abdominale totale, guérison. Soc. clin. des Hôp. de Bruxelles. Sitzg. vom 14. Okt. 1911. Journ. méd. de Bruxelles. 1911. Nr. 42. (Keine tuberkulösen Veränderungen der Blase.)
38. *Mucharinsky, M. A., Zur Frage der Harnblase syphilis. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 376 u. 146 u. Nov. v. Med. Bd. 6. p. 145.
39. *Newman, D., Cystitis, its causes and its treatment. Lancet. Bd. 1. p. 490 ff.
40. Nitze, O., Santyl. Therapie d. Gegenw. Nr. 8. (Bei gonorrhoischen und nicht gonorrhoischen Blaseninfektionen empfohlen.)
41. Perriol, Deux cas de cystite gangréneuse avec guérison. Soc. de Méd. et de Pharm. de l'Isère, Grénoble. Sitzg. vom 5. März. Presse méd. Nr. 58. p. 609. (Ausstossung der ganzen Schleimhaut mit Teilen der Muskularis, einmal infolge von Retention bei Typhus und einmal nach Beckenbruch und Verletzung der Blase durch die Bruchenden; Heilung mit guter Funktion.)
42. Petrucci, R., Febbre intermittente da cistite nell' infanzia. Policlinico. Bd. 19. Nr. 18. (Zwei Fälle von unklarem Fieber, durch mikroskopische Harnuntersuchung aufgeklärt.)
43. Pilcher, P. M., Ileovesical and appendico-vesicular fistula complicated by stone in bladder. Amer. Journ. of Urol. Bd. 8. p. 367. (Operativer Verschluss der Fistel.)
44. *Pitts, H. C., Suppurations of the urinary bladder. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 167. p. 9 u. 21.
45. Portner, E., Erkrankungen der Blase. Med. Klinik. Bd. 8. p. 239 u. 283. (Überblick über die zu Spülungen und Instillationen gebrauchten Medikamente.)
46. *Pottet, Fall von Retroversion mit Einklemmung des graviden Uterus. Revue prat. d'Obst. et de Péd. Bd. 25. Nr. 276.
47. Pristanesko, Etude des fistules vésico-intestinales. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 321. (Zusammenstellung von 42 Fällen aus verschiedener Ursache. Die besten Resultate gab die Operation auf peritonealem und transvesikalem Wege.)
48. Rach und v. Reuss, Cystitis bei Knaben im Säuglingsalter. Zentralbl. f. Kinderheilk. Bd. 74. Heft 6. (Direkte Überwanderung von Bakterien aus dem Darm nach der Blase; drei Fälle.)
49. *Remete, E., Über die Antisepsis der Harnwege. Pester med.-chir. Presse. Bd. 48. p. 73.
50. Rendu, A., Puerperaler Beckenabszess, Durchbruch in die Blase, Entleerung des Eiters, durch Massage befördert. Heilung. Lyon méd. 1910. Nr. 43.
51. Rodler-Zipkin, R., Cystitis cystica. Nürnberger med. Ges. u. Poliklinik. Sitzg. vom 25. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1021. (Zahlreiche miliare wasserhelle Zystchen im Epithel sitzend.)
52. *Schönberg, Cystitis emphysematosa. Med. Ges. Basel. Sitzg. vom 24. Okt. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 2150.
53. Schwenke, A., Zur Behandlung der Cystitis mit Diplosal. Dermat. Wochenschr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 566. (Günstige Erfolge bei Pyelitis, Cystitis und Urethritis gonorrhoischen und nicht gonorrhoischen Ursprungs.)
54. *Seegers, K., Über Hexal (sulfosalizylsaures Hexamethylentetramin). Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 1808.
55. *Simonson, K. P., Ist für die Zerlegung des Harnstoffes durch Urobacillus Pasteuri Sauerstoff in irgend welcher Spannung notwendig? Inaug.-Diss. Zürich 1911.
56. Springer, Cystitis im Gefolge der unblutigen Einrichtung der angeborenen Hüftverrenkung. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 30. Heft 1/2. (Infektion der Blase per urethram durch Klaffen in Spreizlage.)
57. *Stenhouse, W., L. Murray und A. J. Wallace, Coliform organisms in the female bladder. Liverpool Med. Inst. Sitzg. vom 11. April. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 954 u. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. Bd. 22. p. 65.
58. Thoraton, Behandlung der chronischen Cystitis. Paris méd. 22. Juni. (Benzoesäure innerlich und Blaseninjektionen mit Chininsulfat 1 : 300.)
59. *Waldschmidt, M., Über Malakoplakia vesicae urinariae. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 541.
60. *Wernitz, J., Cystitis membranacea s. Infiltratio urica mucosae vesicae urinariae. Gyn. Rundschau. Bd. 6. p. 208.
61. *Williams, C., Cystitis and urinary antiseptics. Lancet. Bd. 1. p. 1335.
62. Zipser, J. E., Two cases of chronic cystitis of unusual origin (Cystitis durch kaustische Injektion und Leukoplakia vesicae). Amer. Journ. of Urol. Bd. 8. p. 487.

Newman (39) erklärt zum Zustandekommen einer Cystitis ausser der Infektion — auf aszendierendem, deszendierendem und transparietalem Wege — eine Hyperämie oder Verletzung der Blasenschleimhaut oder eine Harnretention für nötig. Besonders gefährlich sind die harnzersetzenden Mikroorganismen, besonders die Staphylokokken, vor allem der Aureus, weniger der Albus und die Streptokokken. Infektion mit Gonokokken, Koli- und Tuberkelbazillen können lang latent bleiben, werden aber bei Mischinfektion durch andere Mikroorganismen offensiv. Leichte Fälle von Cystitis zeigen sich häufig lediglich durch Inkontinenz. Cystitis in der Schwangerschaft beruht meist auf Koliinfektion infolge von Darmstörungen. Bei Frauen ist chronische Entzündung des Blasenhalses und der Ureteren infolge von Koliinfektion, die mit einer Cystitisattacke in der Schwangerschaft oder im Wochenbett einsetzt, die häufigste Form der Blasenreizung und die häufigste Quelle aszendierender Pyelitis und Pyonephrose. Schwere Formen akuter Cystitis werden durch Pneumokokken, Streptokokken, Gonokokken und Tuberkelbazillen bewirkt und setzen mit heftiger Dysurie ein. Bei der chronischen Cystitis werden Retention ohne und mit Entzündung, und Entzündung ohne Retention unterschieden. Bei leichter Kolicystitis finden sich kystoskopische Veränderungen besonders an Blasenhals und Trigonum, bei Gonokokkeninfektion ist die Schwellung, Hyperämie und Faltenbildung viel stärker; akute Infektion durch Pneumokokken, die immer deszendierend ist, äussert sich durch Veränderungen an den Uretermündungen und im Trigonum. Streptokokkeninfektion bewirkt ausgedehntere Veränderungen als die Koliinfektion, welche inselförmige Schwellungen hervorruft. Beginnende tuberkulöse Infektion ruft ein verschleiertes oder verwaschenes Bild der Schleimhaut mit unregelmässigen, mit hyperämischer Zone umgebene Flecken hervor, chronische tuberkulöse Infektion zeigt Knötchen- und Geschwürsbildung. Der Eiter schlägt sich bei vesikaler Pyurie langsam nieder, bei septischer Infektion der Niere schnell. Der Blutgehalt ist bei akuter Cystitis gering, reichlich bei chronischer mit Geschwürsbildung. Als Komplikationen werden besonders Steinbildung, wenn die Steine nicht Ursache der Cystitis sind, ferner Hypertrophie der Muskularis, Aussackungen, Blasenatonie, Pericystitis und Niereninfektionen besprochen.

Die Behandlung besteht in leichten Fällen von Koliinfektion in Diurese, Harnantiseptizis, bei stärkerer Virulenz in Borsäurespülungen, bei akuter Cystitis in Narkotizis und Autovakzinetherapie, in Irrigationen (Kaliumpermanganat, Protargol, Argyrol und Borglyzerin) und Instillationen (Silbernitrat, Oxyzanat), bei Komplikation mit Obstruktion in Öffnung und Drainage der Blase. Chronische Cystitis ohne Harnzersetzung ist mit Irrigationen, Trigonumzystitis mit Instillationen zu behandeln; bei gleichzeitiger Harnzersetzung eignen sich innerlich Borsäure, ferner Kalipermanganat-, später Bor-, Bleiazetat- und Silbernitratspülungen, Dauerkatheter, Eröffnung und Drainage der Blase. Bei Tuberkulose sind Narkotika, Sublimatspülungen, Injektion von 5 %iger Karbolsäure (Rovsing), Curettage ev. nach Eröffnung der Blase, Thallin und Blasendrainage anzuwenden.

Garceau (22) unterscheidet von Trigonumcystitis eine oberflächliche mit Schwellung der Schleimhaut, Bildung von polypösen Hervorragungen, Fissuren in der Sphinktergegend, eitrigen oder schleimigen Auflagerungen, selten mit Ulzeration und eine tiefe mit Lymphozytenanhäufung in den tieferen Schleimhautschichten. Ursache Stauungshyperämie im Becken oder Katheterinfektion. Zur Diagnose ist Kystoskopie notwendig. Behandlung Urotropin, Trinkdiurese, Blasenspülungen mit nachfolgender Protargolinstillation (10 %), Ätzung des Blasenhalses mit Silbernitrat unter Eucainanästhesie, Entfernung von Polypen mit Schlinge oder Thermokauter. Curettage gibt keine guten Resultate. Hartnäckige Fälle erfordern Kolpokystotomie, eventuell Exzision oder Curettage der Schleimhaut durch die Blasenöffnung. In der Diskussion wird von Kelley und Byford auf die Hartnäckigkeit der Trigonitis und auf die Notwendigkeit der Bekämpfung der Hyperazidität hingewiesen.

Pitts (44) führt die primäre eitrige Cystitis auf Infektion bei bestehender Läsion zurück. Sie geschieht durch Einführung unreiner Instrumente und per contiguitatem. Eine direkte hämatogene Infektion der Blase ist nötig. In der Diskussion erklärt Cabot die eitrige Cystitis meist für sekundär und Rezidive gewöhnlich für durch Pyelitis bewirkt. Pitts erwähnt Cystocele vaginalis und Bartholinitis als häufige Ursache, Cumston Durchbruch von Ovarial- und Dermoidzysten, O'Neil Blasendarmfisteln. Cumston empfiehlt die Anlegung einer Blasenscheidenfistel.

Clark (12) definiert die Cystitis als eine in der Blase entstandene, nicht von anderen Organen auf die Blase übergreifende Infektion der Blasenschleimhaut durch Mikroorganismen auf Grund einer Schwächung der natürlichen Resistenzkraft des Gewebes durch verschiedene prädisponierende Umstände (Erkältung, Tumoren der Nachbarorgane, Adhäsionen, Aus-

dehnung, Rückenmarkserkrankungen etc.). Dysurie und Pyurie sind nicht beweisend für das Bestehen einer Cystitis, sondern können auf Infektion anderer Teile des Harnsystems beruhen. Zur Diagnose ist vor allem die Kystoskopie notwendig.

Stenhouse, Murray und Wallace (57) konnten koliforme Stäbchen im Blasenharn völlig gesunder Individuen nachweisen. Bei dem verschiedenen Verhalten verschiedener Kolistämme ist für die Vakzinebehandlung die Verwendung einer Standardvakzine zu widerraten, sondern eine Autovakzine anzuwenden, weil Kolistämme nicht gleichartig. Bei akuter Cystitis und Pyelitis wurde durch Vakzinebehandlung ein sofortiger Erfolg beobachtet, in chronischen Fällen trat Besserung ein, aber das Verschwinden der Pyurie nahm längere Zeit in Anspruch.

Schönberg (52) wies in drei Fällen von Cystitis emphysematosa das Bacterium coli aërogenes nach.

Simonson (55) fand eine Spannung von Sauerstoff ohne Einfluss auf die Zerlegung des Harnstoffes durch Urobacillus Pasteuri.

Jaeger (29) beschreibt einen Fall von gonorrhoischer Cystitis bei einer Schwangeren, die nie an Gonorrhoe behandelt, und erklärt das Aszendieren als Folge der Schwangerschaftshyperämie, vielleicht auch der gleichzeitigen Lues. Silbernitratspülungen besserten rasch.

Holzbach (28) erwähnt die Möglichkeit schwerer Ernährungsstörungen der Blase auch ohne Blasentrauma bei ausgedehnten Zerreissungen in der Umgebung des Uterus.

Brocks (8) fand um so häufiger postoperative Cystitis, je schwerer die Blase geschädigt worden war, am häufigsten nach abdominaler und vaginaler Operation des Uteruskarzinoms. Disponierend: Katheterismus, direkte Verletzung, Infektion des perivesikalen Bindegewebes und vorher vorhandene Cystitis. In der Diskussion empfiehlt Baisch Injektion von 3 %igem Borglyzerin und nach dem Katheterismus Borsäurespülung.

Caillet (9) erwähnt als Komplikationen der Appendizitis von seiten der Blase Retention, periappendikuläre Abszesse, die in die Blase durchbrechen und vesiko-intestinale Fisteln bewirken können, Fremdkörper der Blase intestinalen Ursprungs mit Infektion und Phosphatsteinbildung und Cystitis; 59 Fälle.

Grosglik (25) beobachtete Durchbruch einer 30 Jahre alten Extrauteringravidität in die Blase und Spontanabgang von Knochen; durch die erweiterte Harnröhre wurden zweimal weitere Knochen entleert und schliesslich die Restteile der Frucht durch Sectio alta entfernt. 25 aus der Literatur gesammelte Fälle.

Holzbach (28) erwähnt, dass beim Durchbruch von Beckenabszessen in die Blase zwar die Cystitissymptome gelindert werden, eine schnelle Ausheilung aber nicht regelmässig stattfindet.

Jellett (30) beschreibt einen Fall von Nekrose und Abstossung der ganzen Blasenschleimhaut infolge von Druck eines Uterusmyoms gegen Harnröhre und Blasenhals. Es erfolgte Exitus durch allgemeine Sepsis von der Blase aus.

Barlet (1) beschreibt die Ausstossung der ganzen nekrotischen Blasenschleimhaut, mit Muskelelementen und mit Konkretionen besetzt, bei einer im dritten Monate Schwangeren, bei der sich Blutungen eingestellt hatten, jedoch erfolgte kein Abort. Über die Lage des Uterus wird nichts bemerkt.

Pottet (46) beschreibt ausgedehnte Gangrän der Blase durch eingeklemmte Retroversio uteri gravidi mit Peritonitis und Exitus.

Wernitz (60) beschreibt einen Fall von Ausstossung der nekrotischen Blasenschleimhaut infolge von Kompression der Harnröhre durch Hämatokolpos infolge von Hymenalatresie. Er deutet den Vorgang als Zerreissung der überdehnten Blasenschleimhaut und Harninfiltration unter die Mukosa. Die Zersetzung des Harns wird auf einwandernde Mikroorganismen zurückgeführt. Die Heilung besteht in Bildung einer neuen Epitheldecke, die 8—10 Monate in Anspruch nimmt. Die Blase muss möglichst frühzeitig entleert werden.

Loth (34) beschreibt einen Fall von Malakoplakie der Blase, die bei einer nach Laparotomie wegen Ileus gestorbenen Frau als zufälliger Sektionsbefund gefunden wurde und alle typischen Merkmale bot. Ein Zusammenhang mit Tuberkulose wird abgelehnt, auch in dem beschriebenen Falle fand sich nirgends Tuberkulose. Während des Lebens bestanden von seiten der Blase keine Symptome.

Waldschmidt (59) beschreibt zwei früher von Fränkel kurz mitgeteilte Fälle von Malakoplakie der Blase, einem bei einem neunjährigen Mädchen und einem bei einer 78jährigen Frau. In keinem Falle bestanden intra vitam Blasensymptome. Die histologische Beschreibung stimmt im ganzen mit den schon bekannten Fällen überein, nur fanden

sich im ersten Falle Bakterieneinschlüsse in den Zellen. Der Charakter und die Ätiologie der Veränderung bleibt nach wie vor dunkel, jedoch muss ein ursächlicher Zusammenhang mit Tuberkulose abgelehnt werden. Allerdings scheint die so veränderte Blasenschleimhaut das Entstehen einer sekundären Infektion, z. B. mit Kolibazillen, zu begünstigen.

Desgouttes und Reynard (16) beobachteten zwei Fälle von Ulcus chronicum simplex bei Frauen, einmal wohl infolge des Geburtsherganges. In beiden Fällen wurde die Sectio alta ausgeführt und einmal das Ulcus exzidiert und einmal ausgekratzt. In beiden Fällen Heilung.

Mucharinsky (38) beschreibt einen Fall von sekundärem Erythem der Blase mit Geschwürsbildung bei Syphilis und 35tägiger totaler Harnretention. Heilung durch antisyphilitische Behandlung.

Therapie der Cystitis. Boss (7) empfiehlt bei Infektionen der Harnorgane gonorrhoischen und bakteriellen Ursprungs, sowie bei harnsaurer Diathese das Hexal (Verbindung von Sulfosalizylsäure mit Hexamethylentetramin) und hebt neben der bakteriziden die sedative und adstringierende Wirkung und das Fehlen störender Nebenwirkungen hervor.

Krebs (33) fand, dass das Cystipurin bei idiopathischer und gonorrhoischer Cystitis, gewissen Nierenerkrankungen und zur Prophylaxe beim Katheterismus von besserer bakterizider Wirkung auf die Harnwege ist, als Hexamethylentetramin.

Remete (49) empfiehlt als Harnantiseptikum bei chronischer und subakuter Cystitis, Pyelitis, nicht tuberkulöser Pyelonephritis und Bakteriurie, ferner zur Prophylaxe bei Operationen an den Harnwegen und bei Infektionskrankheiten und zur Diurese bei harnsaurer und sonstiger Diathese das kampfersaure Hexamethylentetramin, das in Dosen von 0,5—0,7 gut ertragen wird und die übrigen Harnantiseptika an Wirkung übertrifft.

Seegers (54) bestätigt die antibakterielle Wirkung des Hexals, welche die des Urotropins übertrifft, ebenso kamen störende Nebenwirkungen nicht zur Beobachtung.

Williams (61) gibt Urotropin und Helmitol zusammen mit Kaliumzitrat, weil die Herabsetzung der Harnazidität auf Blasenreizung lindernd einwirkt und die Abspaltung von Formaldehyd nicht hindert, da es den Harn noch nicht alkalisch macht.

Frezouls (20) fand die Tinktur und den Sirup von Buchu bei Gonorrhoe von unzuverlässiger und bei Anwendung von grösseren Dosen von toxischer Wirkung.

Farnarier (18) fand nach Einleiten von Joddämpfen in die Blase zum Teil Heilung, zum Teil Besserung der Cystitis; auch bei Nierentuberkulose mit Cystitis wurde Besserung bezüglich der Schmerzen und des Harndranges erzielt.

Hamonic (26) hat nach Behandlung der infektiösen Cystitis und Urethritis, besonders auch bei Blasentuberkulose, mit Joddämpfen überraschende Erfolge beobachtet.

Berger (4) empfiehlt für akute Urethralblennorrhoe und Cystitis das Blenotin, eine Kombination von Sandelöl, Kampfer, Urotropin und Borsäure, in Kapselform.

Michailoff (36) erzielte in drei Fällen von hartnäckiger, nicht tuberkulöser Cystoureteritis durch Instillationen von Silbernitrat (0,1—0,25 %) in dem unteren Teil des Ureters Heilung.

Kaji (32) fand, dass nach vier- bis fünfmaliger Injektion von Vakzine bei Cystitis (Kolibazillen, Staphylokokken, hämolytische Streptokokken und Gonokokken) der Harn bakterienfrei wird. Eine Opsoninbestimmung wird nicht für nötig gehalten, weil die Temperatursteigerung nach Vakzine sich umgekehrt verhält, wie die Indexzunahme.

7. Blasentuberkulose.

1. *Alessandri, Recherches expérimentales et clinique sur la tuberculose primitive de la vessie. VII. internat. Tuberkulosekongr. Rom. Revue de Chir. Bd. 46. p. 328.
2. Bromberg, P., Die Tuberkulose der Blase. Amer. Journ. of Derm. and Gen.-Ur. Diseases. Bd. 16. p. 476. (Nimmt die Möglichkeit einer aszendierenden Infektion und einer Infektion per contiguitatem an.)
3. Boeckel, A., De l'exclusion de la vessie dans la tuberculose réno-vésicale. Journ. d'Urol. Bd. 1. p. 345.
4. Bronner, H., Tuberculosis of bladder. Kentucky Med. Journ. Bd. 10. Nr. 16.
5. *Casper, L., Die Ausschaltung der Harnblase bei schweren Formen der Blasentuberkulose. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 7. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 385. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 341.
6. *Di Chiara, De l'exclusion vésicale dans la tuberculose de la vessie. Thèse de Paris. 1911/12. Nr. 24.

7. *Guidone, Tuberculose primitive de l'urètre et de la vessie. VII. internat. Tuberkulosekongr. Rom. Revue de Chir. Bd. 46. p. 330.
8. Legueu, F., Cystite tuberculeuse chez un malade n'ayant plus qu'un seul rein tuberculeux. Soc. de Chir. Sitzg. vom 20. Nov. Gaz. des Hôp. Bd. 85. p. 1897. (Ableitung des Ureters in den Darm zur Ausschaltung der Blase mit Erfolg seit drei Jahren.)
9. — Comment traiter une cystite tuberculeuse accompagnant une tuberculose rénale inopérable. Journ. des pract. Nr. 11.
10. *Li Virghi, Primäre Blasentuberkulose. Giorn. internaz. d. Scienze med. Ref. Med. Record. New York. Bd. 82. p. 23.
11. *Newman, D., Primäre und frühe sekundäre tuberkulöse Cystitis, beleuchtet durch Fälle, von denen einige erfolgreich mit suprapubischer Zystotomie und Vakzine behandelt wurden. Practitioner. Juni.
12. Shivers, M. O., Tuberculous bladder. Southern Med. Journ. Bd. 5. Nr. 3.
13. *Zeitlin, B., Primäre Blasentuberkulose. Inaug.-Diss. Zürich 1910.

Alessandri (1) konnte durch Injektion von Tuberkelbazillen in die Arteria iliaca oder hypogastrica von Kaninchen eine isolierte Blasentuberkulose erzeugen, während bei Injektion in die Ohrvene Tuberkulose in verschiedenen anderen Organen auftrat. Es wird daher die Möglichkeit einer primären hämatogenen Blasentuberkulose angenommen.

Guidone (7) konnte durch Injektion von Tuberkelbazillen in die Harnröhre bei Meerschweinchen Blasentuberkulose hervorrufen.

Li Virghi (10) hält die primäre Blasentuberkulose nicht für selten und erklärt sie durch Infektion per contiguitatem oder durch Aszension von den Genitalien aus. Die Hauptsymptome sind Hämaturie, Pyurie, Pollakiurie und Enuresis. Kystoskopisch sind Veränderungen am Ausgang der Blase zu sehen. Die Behandlung besteht in Entleerung der Blase und antiseptischen und analgetischen Injektionen, besonders Sublimat mit Kokain.

Newman (11) beschreibt als Stadien der tuberkulösen Cystitis: Gegenwart von Bazillen ohne sichtbare Erkrankung der Blase, isolierte submuköse Tuberkel, Infiltration ohne Ulzeration, oberflächliche Ulzeration, endlich tiefe Ulzeration mit ausgedehnter Infiltration. Als Therapie werden, ausgenommen im letzten Stadium, Sublimatinstillationen, Curettage, Injektion von Thallinsulfat (2 %) und suprapubische Drainage empfohlen.

Zeitler (13) erklärt unter 19 aus der Literatur zusammengestellten Fällen in 14 die Blasentuberkulose als wirklich primär und isoliert, in zwei Fällen waren auch andere Organe tuberkulös erkrankt, aber die Blasentuberkulose ebenfalls primär; drei Fälle sind für primäre Blasentuberkulose nicht beweisend. Zur Behandlung werden Sublimatinstillationen oder Injektion von Jodoformemulsion empfohlen, bei Misserfolg Sectio alta mit Kauterisation oder Exzision der Ulzerationen.

Casper (5) versuchte in zwei Fällen von hochgradiger Blasentuberkulose, nachdem früher eine Niere exstirpiert worden war und später die andere Niere erkrankte, die Blase durch Nephrostomie bezw. Ureterostomie auszuschalten, einmal mit Erfolg; er empfiehlt die Operation bei doppelseitiger Nierentuberkulose und bei tuberkulöser Schrumpfblase bei gesunden Nieren. In der Diskussion befürwortet Israel die Anlegung von Blasenfisteln.

Di Chiara (6) empfiehlt bei schweren Blasentuberkulosen die Ausschaltung der Blase, und zwar bei starker Kachexie besonders die Nephrostomie mit Unterbindung des Ureters und in Fällen von vorangegangener Nephrektomie die Einleitung des Ureters in den Darm.

Boeckel (3) tritt bei „rebellischen" Formen der Blasentuberkulose und bei schwerer Blasentuberkulose mit doppelseitiger Pyonephrose für die Ausschaltung mittelst Nephrostomie — im zweiten Falle doppelseitig — ein. Zwei Fälle werden mitgeteilt.

Siehe ferner Nierentuberkulose.

8. Lage und Gestaltfehler.

1. Bachrach, Kongenitales Blasendivertikel. Ges. d. Ärzte in Wien. Sitzg. vom 20. April. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 645. (An der Einmündung des Ureters mit Blasenhalsklappe, die die Entleerung des Harns verhinderte. Sectio alta.)
2. Bergener, G. J., Hernia of diverticulum of the bladder. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 59. p. 540. (Die Blase wurde bei der Operation eingeschnitten; Resektion des Divertikels.)
3. Bertrand, M. G., Hernie et calcul de la vessie. Soc. de Chir. de Marseille. Sitzg.

vom 20. Mai. Revue de Chir. Bd. 46. p. 342. (Grosse Leistenhernie, die den grössten Teil der Blase enthielt. Herniotomie und Eröffnung der Blase und Entfernung eines nussgrossen Phosphatsteins. Imbert erklärt die Kystoskopie zur Erkennung einer Verlagerung der Blase in eine Hernie für nutzlos und Delanglade glaubt, dass ein grosser Teil der Blasenhernien erst bei der Operation durch Verzerrung der Blase erzeugt wird.)

4. *Charbonnier, G. J., Les diverticules de la vessie; symptomes, diagnostic et traitement. Thèse de Paris. 1911/12. Nr. 326.
5. Chute, A. L., Two cases of diverticulum of the bladder. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 167. p. 316. (Die Divertikel werden auf erhöhten Blasendruck, Cystitis und Blasenkrämpfe zurückgeführt.)
6. v. Dam, Radikale Behandlung von angeborenem Blasendivertikel. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. Nr. 16. (Hinteres Divertikel, Exzision, Heilung.)
7. *Etienne, E., Les diverticules de la vessie. Thèse de Montpellier. 1910/11. Nr. 72.
8. Finsterer, Über Harnblasenbrüche. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 81. (Vier Fälle, davon drei operiert. Zusammenstellung von 48 Fällen, 34 Leisten- und 14 Kruralhernien.)
9. Giovannetti, G., Cistocele crurale extraperitoneal strozzato. Gazz. degli osped. e d. clin. Nr. 47. (Erst bei der Operation erkannt.)
10. Hanasiewicz, O., Hernia properitonealis vesicalis. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 24. p. 1736. (Erst bei der Operation erkannt.)
11. Hertel, A., und G. Hertel, Hernia of the bladder into the femoral canal, with a review of the diagnostic points of femoral hernia and the report of an interesting case. Therap. Gaz. Detroit. Nr. 11. (Die Blase fand sich bei der Operation als Zyste neben dem Bruchsack. Diagnose vor der Operation meist nicht möglich.)
12. Ingebrigtsen, Blasenbruch. Norsk Mag. f. Laegevid. Nr. 4. (Drei Fälle, inguinal, direkt und paraperitoneal.)
13. Krogius, Kongenitales Blasendivertikel. Finsk. Läkaresällsk. Handl. März. Ref. Med. Klinik. Bd. 8. p. 960. (Exstirpation; Besserung der gleichzeitigen Pyelonephritis durch Drainage nach Sectio alta.)
14. *Küttner, Vorfall der Blase durch die Harnröhre. Chir. Ges. Breslau. Sitzg. vom 22. Jan. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 392.
15. Laenge, W., Ein Beitrag zu Divertikeln der Harnblase. Inaug.-Diss. Leipzig 1911. (Empfehlung der Exstirpation.)
16. Lerche, The surgical treatment of diverticula of the urinary bladder. Annals of Surg. Bd. 55. p. 285. (Fall von extraperitonealer Exstirpation; 14 Fälle aus der Literatur.)
17. Makvin, Blasenhernie, bei der Operation erkannt. Wratsch. Gaz. 11. März. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 1. p. 838. (Inguinal.)
18. Matringhem, M., A propos d'un cas de cystocèle inguinale chez l'enfant. Thèse de Lille. 1910/11. Nr. 3. (Ein Fall bei einem 12jährigen Mädchen; die Blase wurde bei der Operation als Bruchinhalt erkannt und reponiert.)
19. Matthey, A. C., Kongenitale Blasendivertikel. Rev. méd. de la Suisse. Rom. Juli. (Erfolgreiche konservative Behandlung des entzündeten Divertikels.)
20. Monselise, A., Blasenhernien. Gazz. degli osp. e d. clin. 1911. 29. Okt. (Erst bei der Operation erkannt; Resektion des Blasendivertikels.)
21. Princeteau, Deux cas de hernie inguinale de la vessie. XXV. franz. Chirurgenkongr. Revue de Chir. Bd. 46. p. 760. (Eine intra- und eine paraperitoneale Blasenhernie.)
22. *Schevkunenko, Über Divertikel der Harnblase. Russ. urol. Ges. Sitzg. vom 12. Mai 1911. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 146.
23. *Schindler, K., Herniologische Beiträge. Gyn. Ges. München. Sitzg. vom 16. März. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 237.
24. Ssokolowa, M. W., Ein Fall von Totalprolaps der invertierten Blase durch die Harnröhre. Russki Wratsch. Nr. 38. (Das 1½ Jahre alte Mädchen hatte vor sechs Monaten eine Erkrankung des Magendarmkanals durchgemacht, welche von starker Obstipation begleitet war. Nach einem Laxans trat Stuhlentleerung mit starken Schmerzen ein. Dabei prolabierte der Mastdarm. Bald bemerkte die Mutter eine Geschwulst zwischen den Labien, welche sich nicht reponieren liess und immer grösser wurde. Seitdem lag das Kind beständig nass. Aus der Schamspalte ragt ein länglicher, roter Tumor hervor, von der Grösse einer grossen Walnuss. Auf ihm ist das Trigonum Lieutaudii zu sehen und die Uretermündungen, aus denen beständig der Harn träufelt. Tiefer

ist der normale Introitus vaginae sichtbar. Reposition in Chloroformnarkose, fester Druckverband. Allmählich schwand der Harnfluss, die Urethra kontrahierte sich.) (H. Jentter.)
25. Süssenguth, L., Fall von eingeklemmter paraperitonealer Blasenhernie. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 114. Heft 5/6. (Inkarzeriert; der Bruchsack lag oberhalb und lateral von der Cystocele.)
26. Sugimura, Sh., Beitrag zur Kenntnis des echten Divertikels an der Seitenwand der Harnblase. Virchows Arch. Bd. 206. Heft 1. (Führt symmetrische Divertikel neben den Ureteren auf angeborene Bildung zurück.)
27. Wulff, Blasendivertikel. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 4. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1404. (Exstirpation.)
28. Zaaijer, Blasendivertikel. Holländ. Ges. f. Chir. Sitzg. vom 7. Mai 1911. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 1437. (Von der Blase aus exstirpiert.)
29. Zancarini, G., Dell' ernia inguinale bilaterale della vescica. Clin. chir. 1911. p. 2269. (Zwei Fälle.)

Küttner (14) beobachtete Vorfall der Blase einschliesslich der rechten Uretermündung durch die Harnröhre bei einem neun Wochen alten Kinde, mit beginnender Gangrän. Nach Sectio alta wurde die hintere Blasenwand an der vorderen Bauchwand fixiert und durch künstliche Ektopie die allmähliche Verkleinerung der dilatierten Harnröhre und Blase bewirkt und die Abstossung der gangränösen Blasenteile nach aussen ermöglicht. Guter Verlauf.

Heinsius (c. 4, 3) führt als Ursache des Hochstandes der Blase Offenbleiben des Urachus an, ausserdem Retroflexio uteri und Exsudate. Tiefstand der Blase ist gleichfalls angeboren; hierzu gehört die intraligamentäre oder Divertikelblase. Inversion der Blase per urethram wird bei allgemeiner Erschlaffung der Muskulatur und des Sphinkters sowie der Ligamenta umbilico-vesicalia durch Druck von oben oder Zug nach unten bewirkt. Als Gelegenheitsursachen wirken Blasenpolypen und krampfhafte Hustenstösse. Verlagerungen nach vorne werden bei Hernien und Defekten der Bauchwand erwähnt.

Schindler (23) beobachtete zwei Blasenhernien, eine intra- und eine paraperitoneal.

Etienne (7) beschreibt als Merkmale kongenitaler Blasendivertikel, deren Entstehung er auf Vorsprünge der Allantois zurückführt: 1. eine deutliche Einmündungsstelle, meist in der Nähe der Uretermündung, 2. eine Wandung von der Struktur der normalen Blasenwand, 3. das Fehlen einer Uretermündung in das Divertikel, 4. ihr Auftreten während des intrauterinen Lebens. Als Folgeerscheinungen werden Entzündungen, Hernienbildung, Steinbildung und Komplikationen von seiten der Nachbarorgane genannt. Die Diagnose wird mittelst Kystoskopie und Radiographie gestellt. Als Methode der Wahl wird die Exstirpation erklärt.

Charbonnier (4) zählt als Symptome von Blasendivertikeln auf: Störungen in der Harnentleerung, besonders zweizeitige Miktion, Harnretention, Pollakurie, Inkontinenz, Hämaturien und Schmerzen, als Komplikationen Kompression der Nachbarorgane, Ruptur, Hernienbildung und Infektion mit ihren Folgen. Zur Diagnose wird die Röntgendurchleuchtung nach Kollargolfüllung der Blase empfohlen, zur Radikalbehandlung die Exstirpation auf hypogastrischem Wege.

Schevkunenko (22) führt erworbene Blasendivertikel hauptsächlich auf Hindernisse bei der Harnentleerung nach Katheterisation zurück.

9. Verletzungen der Blase.

1. Engstad, J. E., Case of traumatic incontinence of urine and congenital absence of vagina. Journ. Lancet. Minneapolis. Bd. 32. Nr. 17.
2. Foederl, Über subkutane Bauchverletzungen. Med. Klinik. Bd. 6. Nr. 43. (Bespricht die Entstehung, Diagnose und Therapie der subkutanen Blasenverletzungen.)
3. *Fritsche, E., Zur Frage der Incontinentia urinae. Inaug.-Diss. Freiburg.
4. Gibson, G., Ungewöhnlicher Fall von Uterus- und Blasenruptur während der Entbindung. Allm. Svenska läkart. 1911. Nr. 52. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 6. p. 714. (Zweimarkstückgrosses Loch der hinteren Blasenwand.)
5. Greggio, E., Plastische Fähigkeit des grossen Netzes; der Vorgang der Wundheilung der Blase bei Substanzverlust. Gazz. internaz. di Med., Chir. etc. Nr. 13. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 286. (Das Netz lagert sich auf die Substanzverluste und bringt sie zum Verschluss. Tierversuche.)

6. Hosemann, Spontane Blasenruptur. Vereinig. nordwestdeutsch. Chir. Sitzg. vom 6. Juli. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 1323. (Ein Fall, wahrscheinlich durch Lücke im Geflecht der Blasenmuskulatur; in der Diskussion erwähnt Oehlecker einen gleichen Fall bei einer 70jährigen Frau.)
7. Jaboulay, Totale Hysterektomie auf abdominalem Wege bei Fibrom des Lig. latum mit Zerreissung der Blase. Lyon méd. Nr. 14. (6 cm langer Blasenriss, Drainage.)
8. Isbruch, H., Beitrag zur Lehre von der spontanen Ruptur der Harnblase. Inaug.-Diss. Jena 1911. (Fall von ausgedehnter intraperitonealer Blasenruptur nach Myomotomie; Naht wegen starker Zerfetzung und Infiltration der Rissränder unmöglich; Exitus.)
9. Kaczander, J., Subkutane, intraperitoneale Blasenruptur. IV. Kongr. d. ungar. Ges. f. Chir. 1911. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 464.
10. *Keppich, J., Subkutane Blasenrupturen. Orvosi Ujság. Nr. 26. Urologia. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 1848.
11. Ladet, M., Des plaies simultanées du rectum et de la vessie dans l'empalement. Thèse de Paris. 1910/11. Nr. 92. (51 zusammengestellte Fälle.)
12. Laewen, Intraperitoneale Blasenruptur. Med. Ges. Leipzig. Sitzg. vom 4. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2082. (Operation, Heilung.)
13. Legueu, F., Rupture extrapéritonéale de la vessie. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. p. 452 u. Gaz. des Hôp. Bd. 85. p. 510. (Stumpfes Trauma, vier Verletzungen der Blase, drei an der Vorderwand, eine am Scheitel, Naht.)
14. Mc Carthy, J., Fracture of pelvis complicated by extraperitoneal laceration of bladder. Amer. Journ. of Urol. Bd. 8. p. 362.
15. Malinowski, Ruptura vesicae urinariae. Russk. Wratsch. Nr. 9. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1013. (Zwei Fälle, einmal peritoneal, einmal zugleich mit Harnerguss ins Cavum Retzii. Beide operiert, ein Exitus.)
16. Martin, P., Pronostico y tratamiento expectante de los roturas de vejiga. Siglo med. 1911. 20. Mai.
17. Naumann, G., Über Blasenruptur. Nord. Med. Arch. Bd. 45. Chir. Sect. Nr. 1. (Drei Fälle von intraperitonealer Ruptur.)
18. *Noack, A., Über Nebenverletzungen bei der erweiterten abdominalen Uterusexstirpation (Freund-Wertheim). Inaug.-Diss. Würzburg.
19. Oehlecker, Intraperitoneale Blasenruptur. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 18. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1466. (Laparotomie und Blasennaht nach acht Tagen; nach 10tägigem glatten Verlauf Exitus an Lungenembolie.)
20. — Über Urinintoxikation bei intraperitonealer Blasenruptur. Deutsche med. Wochenschrift. Bd. 38. p. 2302. (Ein Fall von traumatischer und ein Fall von spontaner Blasenruptur. Siehe Jahresber. Bd. 24. p. 253.)
21. Schlank, Zwei Fälle von spontaner Harnblasenruptur während der spontanen Ruptura uteri sub partu. Gyn. Ges. Krakau. Sitzg. vom 29. Nov. 1911. Gyn. Rundschau. Bd. 6. p. 166. (In einem Falle Zerfetzung der Regio interureterica; beide Fälle tödlich.)
22. Schwartz, Rupture de la vessie. Wratsch. Gaz. 18. März. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 126. (Intraperitoneal; ein weiterer Fall von Ruptur wird von Petrow mitgeteilt; Operation 24 Stunden nach dem Unfall, Heilung.)
23. Short, A. R., Traumatische Ruptur der Abdominalorgane. Lancet. 1911. II. 16. Sept. (Unter 30 Fällen fünf Blasen- und sechs Nierenzerreissungen.)
24. Turnure, T. R., Rupture of the bladder. New York Surg. Soc. Sitzg. vom 8. Mai. Annals of Surg. Bd. 56. p. 807. (Trotz intraperitonealen ca. 9 cm langen Risses hielt die Blase die eingefüllte Flüssigkeit.)
25. Vance, A. M., Extensiv bladder rupture. Amer. Journ. of Obst. Bd. 66. p. 995. (Intraperitoneale Ruptur, die durch Einlagerung einer Darmschlinge verlegt wurde. Naht. Heilung.)

Fritsche (3) empfiehlt zur Verhütung der Blasenverletzungen und Inkontinenz nach der Geburt die möglichste Einschränkung aller beckenerweiternden Operationen, besonders mit sofortiger künstlicher Entbindung, vor allem bei Erstgebärenden, ferner solche Operationen, die zu violenten Rupturen des Beckens führen können (hohe Zange und Wendung mit Extraktion bei engem Becken). Bei schon eingetretener Heilung sind neue erhebliche Beschwerden bei erneuter Schwangerschaft und Geburt zu fürchten, so dass künstliche Frühgeburt oder Sectio caesarea classica zu empfehlen ist.

Noack (18) fand unter 117 Freund-Wertheimschen Uterusexstirpationen der

Würzburger Klinik 18mal Verletzung der Blase, unter denen nur einmal die primäre Heilung ausblieb und eine Fistel entstand. Der kystoskopische Befund (bullöses Ödem oder normales Aussehen) wurde als nicht massgebend für oder gegen ein Ergriffensein der Blase gefunden.

Keppich (10) stellt als Symptome von Blasenruptur fest: Schmerzen in der Blasengegend mit Muskelstarre, aufgehobene Palpierbarkeit der Blase, Harn- und Stuhldrang, ohne dass Harn entleert werden kann, Passierbarkeit der Harnröhre, blutiger Harn ohne Blasendruck, verminderte Harnmenge und sofortige Füllung der Blase nach ihrer Entleerung.

10. Neubildungen der Blase.

1. Ahlström, E., Fall von Cancer vesicae urinariae mit Ureterenresektion. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. Nr. 4. (Silas Lindquist.)
1a. Allen, E. S., Vesicalpapilloma. Kentucky Med. Journ. Bd. 10. Nr. 20.
2. *Bachrach, R., Über die endovesikale Behandlung von Blasentumoren mit Hochfrequenzströmen. Ges. d. Ärzte Wiens. Sitzg. vom 26. April. Wiener med. Wochenschr. Bd. 62. p. 683 u. 2078.
3. *Beer, E., The treatment of papillary tumors of the urinary bladder with the high-frequency current (Oudin). Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 59. p. 1785 u. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 1. Okt. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 2047 u. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 1009.
4. Bersin, Blasenkarzinom. Russ. urol. Ges. Sitzg. vom 17. März 1911. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 145. (Infiltriertes Karzinom, Resektion fast der halben Blase mit Ureter, der im oberen Wundwinkel der Blase implantiert wurde; Heilung.)
5. *Blum, V., Die Kystoskopie bei Uteruskarzinom. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. Beiheft. p. 258.
6. *Böhme, F., Die intravesikale Operation von Blasentumoren. Ges. f. Natur- u. Heilk. Dresden. Sitzg. vom 13. April. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1785.
7. *Bouchard, Ch. A., Myome de la vessie. Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris. 1911. Nr. 7.
8. *Bugbee, H., Papilloma of the bladder treated by the high frequency current. St. Lukes hosp. med. and surg. rep. Bd. 3. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 1753.
9. *Bystrow, N. N., Über die operative Behandlung der Harnblasengeschwülste. Inaug.-Diss. St. Petersburg. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 1590.
10. Camelot, Diagnostic des papillomes de la vessie. Journ. des sciences méd. de Lille. 1911. Nr. 47.
11. *Casper, L., Erwiderung auf die Bemerkungen des Herrn Kuttner. Med. Klinik. Bd. 8. p. 358.
12. Caulk, J. R., Behandlung der Blasentumoren. Interstate med. Journ. Bd. 18. p. 1134.
13. Chute, A. L., Mucous cancer of the bladder. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 167. p. 583. (Intraperitoneale Resektion der Blasenwand.)
14. Daunic und Abely, Papillome de la vessie. Toulouse méd. Nr. 4. (Gutartiges Papillom mit tödlicher Blutung.)
15. *Doré, De l'intervention dans les tumeurs de la vessie. Thèse de Paris. 1911/12. Nr. 115.
16. Eaton, G. L., Fulguration in the genito-urinary surgery. Pacific med. Journ. Bd. 55. Nr. 12. (Günstige Erfolge bei Papillomen und Ulzerationen.)
17. Fedorow, Totale Exstirpation der Harnblase. XI. Kongr. russ. Chir. Wratsch. Gaz. 5. Jan. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 611. (Wegen Papillomatose; Implantation der Harnleiter in der Flexur; Oppel teilt 15 Harnleiterverpflanzungen in den Darm mit.)
18. Fryszman, Über die intraperitoneale Methode, Blasentumoren zu entfernen. Med. i Kron. Lek. 1911. Nr. 15 ff.
19. *Fullerton, A., Méthodes opératoires dans les tumeurs de la vessie. Presse méd. Bd. 93. p. 219.
20. Furniss, H. D., Fulguration Cauterization. New York Ac. of Med. Section on Obst. and Gyn. Sitzg. vom 24. Okt. Med. Record. New York. Bd. 82. p. 1185. (Fulguration nach irrtümlicher Annahme eines Papilloms; die Blasenblutung erwies sich als Folge eines Steines, der durch Lithotrypsie entfernt wurde.)
21. — Case of papilloma of the bladder treated by fulguration. New York Ac. of Med. Sect. on Obst. and Gyn. Sitzg. vom 25. Jan. u. 13. Febr. Med. Record. New York.

Bd. 81. p. 391. (Die Papillome wurden durch Fulguration nekrotisiert, aber es kam zu einer schweren Blasenblutung, die die Sectio alta notwendig machte.)
22. Furniss, H. D., Complete removal of the urinary bladder for carcinoma after preliminary bilateral lumbar ureterostomy. New York Obst. Soc. Sitzg. vom 14. Mai. Amer. Journ. of Obst. Bd. 66. p. 421 u. Amer. Journ. of Urol. Bd. 8. p. 454. (Enteneigrosse Geschwulst rechts über der Urethra sitzend; keine Drüsenmetastasen; Infektion der linken Niere.)
23. Gardner, A. J., Erste Mitteilung über Behandlung der Blasenpapillome mit Oudinschen Hochfrequenzströmen. Amer. Journ. of Derm. and Gen.-Ur. Diseases. Bd. 16. p. 28. (Fünf erfolgreich behandelte Fälle.)
24. Gayet, Cancer de la face postérieure de la vessie; cystectomie partielle avec ablation d'un fragment du rectum; guérison opératoire. Soc. de Chir. de Lyon. Sitzg. vom 23. Mai. Revue de Chir. Bd. 46. p. 499.
25. Giraud, E., Du traitement chirurgical des tumeurs de la vessie; indications et résultats éloignés. Thèse de Lyon. 1911/12. Nr. 81. (42 Fälle aus der Klinik Rafins, 14 gutartige, 28 Karzinome. Unter ersteren zwei Todesfälle, darunter einer nach Totalexstirpation der Blase und fünf Rezidive. Von den Karzinomen wurden 20 operiert mit mittelbarer Lebensverlängerung um 1½ Jahre.)
26. *Gleiss, Sarkom der Blasenwand. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 23. April. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1716.
27. Götzl, A., Leiomyoma vesicae. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 364. (Vier Tumoren, nach Sectio alta exstirpiert.)
28. Gorasch, V. O., Über ausgedehnte Resektion der Blasenwand. Nov. v. Med. 1911. Nr. 24. (Sieben Fälle, drei von Papillomen und vier von Karzinom, in einem Fall Totalexstirpation der Blase mit Einpflanzung der Ureteren in die Flexur.)
29. de Gräuwe, A., Cancer de la vessie avec métastases ganglionnaires et viscérales. Soc. Belge de Chir. Sitzg. vom 26. Nov. 1911. Annales de la Soc. Belge de Chir. 1911. p. 209.
30. *Grandjean, A., Évolution du traitement des tumeurs vésicales. Rev. pratique des org. gén.-ur. Nr. 48. p. 401.
31. Gunn, Cancer of bladder. R. Acad. of Med. in Ireland. Sect. of Path. Sitzg. vom 12. Jan. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 305. (Einige Jahre nach Entfernung eines gutartigen Papilloms entstanden.)
32. Häberlin, Beitrag zur operativen Behandlung des Blasenkrebses. Korresp.-Blatt f. Schweizer Ärzte. Nr. 28. (Vier Fälle von Totalexstirpation.)
33. Hagner, F. R., Report of a case extirpation of the bladder for malignant disease. Med. Record. New York. Bd. 82. p. 705. (Einpflanzung der Ureteren in das Rektum, Tod an Infektion der Nieren.)
34. Harpster, C. M., Tumors of bladder. Amer. Journ. of Urol. Bd. 8. Nr. 1 u. Ohio State Med. Journ. Bd. 8. Nr. 2. (Blasenpapillom, endovesikal nach Beer operiert.)
35. *Harris, B., The destruction of vesical papilloma by means of high frequency cauterization. Med. Soc. of the County of Kings. Sitzg. vom 21. Mai. Med. Record. Bd. 82. p. 831.
36. Heresco, P., Neuer Fall von Totalexstirpation der Blase mit Heilung. Spitalul. Bd. 32. p. 24. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 1. p. 843. (50jährige Frau, Karzinom; die Ureteren wurden in die Hautwunde implantiert.)
37. Hertle, J., Polypenbildung am Orificium urethrae der weiblichen Harnblase bei Cystitis. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 81. (Ein Fall.)
38. *Hervier, F. F. A., De l'influence des tumeurs de la vessie sur le rein et en particulier de l'anurie au cours des néoplasmes vésicaux. Thèse de Bordeaux. 1910/11. Nr. 28.
39. Herzenberg-Reichmann, J., Die intravesikale Operationsmethode. Wiener klin. Rundschau. Bd. 26. p. 738. (Hervorhebung der Vorzüge der Methode bei gutartigen Papillomen.)
40. Illyes, G. v., Ausgedehnte Blasenresektion bei Blasenkrebs. IV. Kongr. d. ungar. Ges. f. Chir. 1911. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 466 u. Pester med.-chir. Presse. Bd. 48. p. 61. (Später Nephrektomie nötig. In der Diskussion berichtet Rihmer über Extraperitonisierung des krebsig infiltrierten Blasenscheitels und Exstirpation, Dollinger über Totalexstirpation der Blase mit Einpflanzung der Ureteren in die Flexur.)
41. — Submuköses, blutendes, kavernöses Angiom der Blase. IV. Kongr. d. ungar. Ges. f. Chir. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 466. (Sectio alta.)
42. *Judd, E. S., Results in the treatment of tumors of the urinary bladder. Journ.

of Amer. Med. Assoc. Bd. 58. p. 2048, Bd. 59. p. 1788 u. Journ. of Arkansas Med. Soc. Bd. 11. p. 61.
43. *Keyes, E. L., Further observations on high frequency cauterisation of bladder lesions. Interstate Med. Journ. Bd. 18. Nr. 10.
44. *Kneise, Die moderne Behandlung der Erkrankungen des uropoetischen Systems unter besonderer Berücksichtigung der endovesikalen Operationsmethoden. VI. Internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1325.
45. *Knorr, Beitrag zur operativen Therapie des Krebses der weiblichen Harnblase. VI. Internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1325.
46. *Kretschmer, H. L., Fulguration treatment of bladder tumors. Illinois State Med. Soc. 62. Jahresversamml. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 58. p. 1709.
47. Krömer, Über die Indikationen zu den endovesikalen Operationen und ihre natürlichen Grenzen beim Weibe. Med. Verein Greifswald. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 37. p. 2154.
48. *Kutner, Zur intravesikalen Operation von Blasengeschwülsten mittelst Hochfrequenzstrom. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. Heft 9 ff.
49. *— Zur Therapie der Blasengeschwülste. Med. Klinik. Bd. 8. p. 358.
50. — Zur Technik der intravesikalen Behandlung. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 5. März. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 717 u. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 442. (Demonstration des Operationskystoskops zur Behandlung der Blasengeschwülste mit Hochfrequenzströmen nach Baer.)
51. Lecène, P., und A. Hovelaque, Les cancers développés sur la vessie exstrophiée. Journ. d'Urol. Bd. 1. p. 493. (Zwei Fälle, einen bei einer Frau; in beiden Fällen war an der Blasenektopie nicht operiert worden.)
52. Leischner, Blasenpapillom. Ärztl. Verein Brünn. Sitzg. vom 30. April. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 1142. (Kleinapfelgross, Sectio alta.)
53. *Lengemann, P., Ersatz der exstirpierten Harnblase durch das Cökum. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 1697 u. Bd. 40. p. 14.
54. *Leuenberger, J. G., Beiträge zur Frage der Geschwulstmutation beim Menschen auf Grund der Histogenese eines sarkomatösen Harnblasendivertikelpapilloms. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 114. Heft 2/3.
55. Liokumowich, Zur Kasuistik der Neubildungen der Harnblase. Russ. urol. Ges. Sitzg. vom 23. März. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 661. (Beschreibung eines Fibromyoms und Diskussion über die Behandlung der Papillome, die von Kreps auf endovesikalem, von Fedorow mittelst Sectio alta empfohlen wird.)
56. *Lotsy, Ureterstein als ätiologisches Moment für Blasentumoren. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 185.
57. *Mc Carthy, J. F., Vesical neoplasms. New York med. Journ. Bd. 96. p. 475 u. Amer. Journ. of Urol. Bd. 8. Nr. 2.
58. Marion, Diagnostic cystoscopique des tumeurs vésicales. Rec. de mém. d'urol. méd. et chir. 1911.
59. Meyer, H., Operating cystoscope for removing pedunculated tumors. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 58. p. 167. (Auch zur Entfernung von Fremdkörpern und zum Zerbrechen kleinerer Steine geeignet; Abklemmung und Kauterisation zugleich möglich.)
60. Mirabeau, S., Multiple karzinomatöse Blasenpapillome. Gyn. Ges. München. Sitzg. vom 16. März 1911. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 241. (Primärer Tumor durch Sectio alta entfernt, spätere Rezidive mit Schlinge per urethram; Tod an Verblutung.)
61. Morris, R. T., Partial excision of the bladder for carcinoma. New York Ac. of Med. Sitzg. vom 23. Mai. Amer. Journ. of Obst. Bd. 66. p. 469. (Neueinpflanzung des einen Ureters; Kontinenz.)
62. Nikolenko, M., Contribution à l'étude clinique et anatomo-pathologique de l'influence du cancer de l'utérus sur le système urinaire. Thèse de méd. Genf. (Durchbruch in die Blase mit Zerstörung des Trigonum und beider Uretermündungen. Erweiterung des rechten Ureters und Nierenbeckens mit Atrophie des Nierengewebes.)
63. *O'Neil, R. F., Cancer of the bladder. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 59. p. 1786.
63a. Oppel, Zur Kasuistik der Ausschliessungen der Harnblase. Wratsch. Gaz. Nr. 44. Sitzungsber. d. russ. Urol.-Ges. (Bei vorgeschrittenem Karzinom der hinteren Blasenwand wurden unter intravenöser Hedonalnarkose die Ureteren ins Colon pelvinum nach Mirotworzew transplantiert. Nach einem Tage kein Harn per rectum, Peritonitis-

erscheinungen. Relaparotomie, Exsudat in der Bauchhöhle, die Ureteren normal. Der linke Harnleiter wurde durchschnitten und in die Haut eingenäht (Ureterostomie). Dekapsulation der linken Niere. Vom dritten Tage ab wurde Harn in steigender Quantität sezerniert. Die rechte Niere sezernierte bis zum sechsten Tage keinen Harn. 11 Tage post op. Tod an Peritonitis und katarrhalischer Pneumonie. Der Fall beweist, dass aus der dekapsulierten Niere die Harnausscheidung bedeutend früher beginnt. Die Anurie war entweder reflektorisch oder ist durch Atonie der Niere und des Ureters zu erklären.) (H. Jentter.)

64. Ostriansky, A. M., Zwei Fälle von Ausschaltung der Blase mit Einpflanzung der Ureteren in das Rektum. Voenno-med. Journ. Bd. 233. p. 406. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 1. p. 844. (Fall von Papillomen.)
65. Sinclair, D. A., Bladder tumors treated by fulguration. Amer. Journ. of Urol. Bd. 8. Nr. 3. (Ein Fall von multiplen Papillomen und ein Fall von Karzinomexstirpation; letzterer war noch nach einem Jahre rezidivfrei.)
66. Stadler, P. H., Fall von multiplen, epidermisbekleideten Geschwülsten der Harnblasenschleimhaut. Zieglers Beitr. z. path. Anat. u. Allg. Path. Bd. 52. Heft 2. (Rezidivierende, fibromyxomatöse Polypen mit insulärer Epidermisierung der Schleimhaut bei einem zweijährigen Kinde.)
67. *Squier, B., Experimental studies of the action of electrical cauterisation on neoplasm. Med. Rec. New York. Bd. 82. p. 614.
68. *Suter, F., Über die Leistungsfähigkeit endovesikaler Operationsmethoden. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 24.
69. Szper, J., De la cystectomie totale chez la femme dans les néoplasmes vésicaux. Thèse de Paris. 1911/12. Nr. 125. (Empfehlung der vaginal-abdominalen Exstirpationsmethode von Cunéo und der Einpflanzung der Ureteren in die Scheide. Ein Fall, der 26 Monate nach der Operation noch rezidivfrei ist.)
70. Teleky, D., Teratoider Tumor der weiblichen Harnblase. Arch. f. klin. Chir. Bd. 97. Heft 2. (Der Tumor enthielt Epidermis, Talgdrüsen, Haarfollikel, Schweissdrüsen, Lymphfollikel, Knochen, Knorpel und Respirationsepithel — vielleicht rudimentäre Kopfanlage.)
71. Thévenot, L., Kyste de la paroi vésico-vaginale, d'origine gartnérienne. Lyon chir. Bd. 7. p. 283. (Kleineigross, Exzision.)
72. *Thomas, B. A., Die Zerstörung von Tumoren der Harnblase durch die Wirkung von Hochfrequenzströmen, welche in Gewebsaustrocknung besteht. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 14. Nr. 4 u. Med. Record. New York. Bd. 80. p. 1098. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1202.
73. *Violet, Papillome de la vessie. Lyon méd. Nr. 15.
74. *Zuckerkandl, O., Vesikale Harnstauung bei zottigen Blasengeschwülsten. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2570.

Hervier (38) beschreibt 11 Fälle von Blasengeschwülsten mit Rückwirkung auf die Nieren. Schon die blosse Anwesenheit eines Blasentumors kann eine reflektorische Hyperämie der Niere bewirken und die Nierensymptome können einen Nierenstein vortäuschen. Harnstauung nach den Nieren wird meist durch den Druck juxta-ureteraler Tumoren auf den Ureter bewirkt. Die Kystoskopie gibt den Schlüssel zur Diagnose. Die Harnstauung kann zur aufsteigenden Infektion Veranlassung geben. Die Anurie stellt eine seltene Komplikation dar; sie wird durch Verschluss beider Ureteren oder bei Funktionsverlust einer Niere durch einseitigen Verschluss bewirkt. Die Anurie erfordert die möglichst schnelle Ausführung der Nephrostomie.

Lotsy (56) beobachtete Entwickelung eines benignen Blasenpapilloms über der einen grossen Oxalatstein enthaltenden Uretermündung. Der Stein ging nach wiederholter endovesikaler Entfernung des Tumors spontan ab.

Zuckerkandl (74) führt als Symptom eines zottigen Blasentumors in der Nähe des Orificium internum Harnverhaltung an, welche durch Hineinsenken des Tumors in die Harnröhre bei Erschlaffung des Sphinkters zustande kommt.

Leuenberger (54) konnte bei einem primär gutartigen Blasenpapillom an dem Stroma von zwei Zotten den Übergang in Sarkom nachweisen. Nach der Exstirpation fingen die bereits vorhandenen Metastasen rapid zu wachsen an.

Judd (42) rechnet die Papillome zu den malignen Tumoren, weil sie in hohem Grade die Neigung zu Rezidiven und Kontaktinfektion haben und erklärt nur die seltenen Myome und Fibrome für die einzigen gutartigen Blasengeschwülste. Zur Diagnose wird die Kysto-

skopie und zur Unterscheidung von Uretersteinen, die die Blasenwand vordrängen, die Röntgendurchleuchtung für nötig erklärt. Bezüglich der Behandlung wird besonders bei sessilen Tumoren die transperitoneale Exzision in den Vordergrund gestellt, demnächst die Sectio alta und die Behandlung mit Hochfrequenzströmen.

In der Diskussion sprechen sich Harpster und Lower für die Behandlung mit Hochfrequenzströmen aus, B. A. Thomas befürchtet bei dieser Behandlung Rezidive, Rytina verwirft sie bei Karzinomen, E. O. Smith befürwortet transperitoneale Exzision und bei ausgedehnten Tumoren palliative Behandlung mit suprapubischer Fistel und Drainage.

Grandjean (30) hebt die guten Erfolge der endovesikalen Operation bei Blasengeschwülsten gegenüber der grossen Mortalität und der Häufigkeit der Rezidive nach Eröffnung der Blase und partieller Resektion hervor und empfiehlt Hochfrequenzströme nach Beer und die Modifikation nach Heitz-Boyer.

Bystrow (9) rechnet die Papillome nach ihrem klinischen Verlauf zu den bösartigen Geschwülsten und empfiehlt die Sectio alta, vor der die transperitoneale Kystotomie keine Vorzüge verdient. Zur Vermeidung von Rezidiven, die bei allen Operationsmethoden bis zu 50 % vorkommen, wird Abreibung der Blasenschleimhaut mit Resorzin empfohlen. Die endovesikale Methode ist nur als Hilfsmethode anzusehen. Eine etwaige Totalexstirpation, deren Erfolg in der ohne Infektionsgefahr möglichen Ableitung des Harns beruht, ist zweizeitig auszuführen. 91 Papillomfälle aus der Fedorowschen Klinik.

Bugbee (8) brachte zwei rezidivierende Blasenpapillome durch Hochfrequenzströme zum Schwinden.

Violet (73) wählte zur Entfernung eines daumengrossen Papilloms des Blasenscheitels bei einer 50jährigen Frau mit schwerer Cystitis wegen starker Adipositas der Bauchdecken den vaginalen Weg mit Drainage; die Blasenscheidenfistel wurde nach drei Monaten geschlossen.

Squier (67) vermochte bei blutenden Blasengeschwülsten mittelst des bipolaren Stroms die Blutung zum Stehen zu bringen.

Fullerton (19) gibt zur Entfernung von Blasentumoren der Sectio alta den Vorzug, bei Frauen, wenn die Tumoren klein sind und am Blasengrund sitzen, der Kolpokystotomie. Auch die transperitoneale Operation wird günstig beurteilt.

Doré (15) empfiehlt bei Myomen der Blase die Sectio suprapubica, bei Sarkomen die partielle Zystektomie, aber nur, wenn sie klein und scharf begrenzt sind, bei Epitheliomen, wenn es noch möglich ist, die Entfernung im Kystoskop mit Verschorfung des Grundes oder die Behandlung mit Hochfreqenzströmen, bei grossen gestielten Geschwülsten die Abtragung nach Sectio alta, bei infiltrierten Geschwülsten die partielle Resektion, bei ausgedehnten Geschwülsten die Totalexstirpation der Blase. Bei Blutungen und infektiöser Cystitis ist die Sectio alta auszuführen (114 Fälle).

Kutner (48) schlägt zur intravesikalen Behandlung von Blasengeschwülsten eine einen mit der Spitze frei herausragenden Draht enthaltende Harnleitersonde vor, die im Kystoskop mit der Spitze über die Geschwulstoberfläche hingeführt wird, während die andere Elektrode als Platte auf den Leib gelegt wird. Es sollen nicht zu starke Ströme verwendet werden. Gestielte Papillome können leichter abgetragen werden als mittelst Schlingen. Blutung ist nicht zu fürchten. Das Verfahren wird besonders zur Nachbehandlung gestielter Papillome, zur Zerstörung kleiner mit der Schlinge nicht zu fassender Exkreszenzen und breitbasiger Tumoren empfohlen. Wo Blutstillung nötig ist, ist der Halbkugelkauter vorzuziehen.

Kutner (49) tritt gegenüber Caspers Empfehlung der kalten Schlinge für die Anwendung der Glühschlinge bei der Entfernung von Blasenpapillomen ein, während Casper (11) die Glühschlinge besonders im Hinblick auf die Neigung zu Rezidiven für ungenügend erklärt.

Bachrach (2) bringt mehrere Fälle als Beweis für die günstige Wirkung der Fulguration bei der Behandlung der Blasenpapillome bei und betont die zuweilen günstige Wirkung der Kombination mit der Schlinge, wodurch die Geschwulst vor der Fulguration rascher verkleinert und zur mikroskopischen Untersuchung gewonnen werden kann. Ferner wird die palliative Wirkung bezüglich der Blutstillung bei stark blutenden Karzinomen hervorgehoben.

In der Diskussion äussert sich Blum, dass die Verschorfung mittelst des von ihm konstruierten intravesikalen Kauters ebenso wirksam ausgeführt werden könne.

Böhme (6) stellt als Anzeigen der intravesikalen Operation klinisch und kystoskopisch nachgewiesene Gutartigkeit und Pflaumen- bis Aprikosengrösse, besonders bei dünnem Stiel auf; Kontraindikation besteht bei Verdacht auf Malignität, allgemeiner Papillomatose

und zu grossem Tumor, relative bei enger Harnröhre, enger und reizbarer Blase. Bedingungen für den Dauererfolg sind vollständige Entfernung, energische Kauterisierung der Basis, sorgfältige kystoskopische Kontrolle und Nachbehandlung und Entfernung der geringsten Rezidivandeutung. Bezüglich der Technik wird das Nitzesche Instrumentarium mit Böhmes Modifikation bevorzugt.

Kneise (44) bevorzugt zur Entfernung von Blasenpapillomen die endovesikale Entfernung, und zwar mit der kalten Schlinge und kauterisiert dann den Stiel.

Suter (68) empfiehlt bei Blasentumoren mit frühzeitiger Diagnose die endovesikale Entfernung, jedoch hält er die Entstehung von Rezidiven für ebenso gut möglich, wie nach Sectio alta.

Beer (3) empfiehlt die Behandlung von papillären Blasengeschwülsten mit Hochfrequenzströmen; bösartige Geschwülste eignen sich nicht für diese Behandlung. In der Diskussion erklärt Casper es für gefährlich, den Geschwulstboden zu zerstören, wegen der Gefahr der Blasenperforation, was Kutner bei vorsichtigem Vorgehen nicht befürchtet. Kutner sieht den Vorzug der Hochfrequenzströme in der Möglichkeit, in der Tiefe zu koagulieren.

Harris (35) beschreibt 17 Fälle von erfolgreicher Behandlung von Blasenpapillomen mit Hochfrequenzströmen.

Keyes (43) fand in 12 Fällen günstige Resultate bei der Behandlung gutartiger Blasenpapillome durch Hochfrequenzströme.

Kretschmer (46) teilt fünf Fälle von Blasenpapillomen mit, die mit Hochfrequenzstrom behandelt wurden und hebt besonders die schnelle günstige Wirkung auf die Blutung hervor. Der vor längster Zeit operierte Fall ist seit 19 Monaten beschwerdefrei.

Mc Carthy (57) empfiehlt die Fulguration bei kleinen oder mittelgrossen, einzelnen oder multiplen benignen Tumoren, ausgenommen im Falle der Verdunkelung des Gesichtsfeldes durch starke Blutungen. Bei sehr zahlreichen Papillomen ist die Fulguration nach Sectio alta zu versuchen.

Thomas (72) konnte durch wiederholte Anwendung von Hochfrequenzströmen von je 10—15 Sekunden Dauer Papillome vollkommen zum Verschwinden bringen. Die Anwendung muss mit grosser Vorsicht geschehen, um Perforationen der Blase zu vermeiden.

Bouchard (7) beschreibt ein 2850 Gramm schweres Fibromyom der Blase, das ein Uterusmyom vortäuschte und erst bei der Operation nach Eröffnung der Blase richtig erkannt wurde. Tod am Tag nach der Operation an Embolie.

Knorr (45) hält die Hälfte der Papillome für bösartig und befürwortet bei bösartigen Geschwülsten die Sectio alta, bei im Trigonum sitzenden die transperitoneale Operation.

O'Neil (63) erklärt das primäre infiltrierende Blasenkarzinom als ein alveoläres Epithelkarzinom, das in die tieferen Schichten der Blasenwand vordringt, sich auf dem Lymphwege langsam nach den Lumbar- und Iliakaldrüsen verbreitet, aber selten über diese hinaus, und sehr selten Metastasen macht, dagegen sehr zu Rezidiven bei Verwundung der Blase und zu Kontaktinfektion an anderen Stellen der Blasenschleimhaut führt. Für die Diagnose wird die Wichtigkeit der Kystoskopie hervorgehoben. Als Operation wird die transperitoneale Exzision der Blasenwand bezeichnet, welche besonders den Grund der Blase zugänglich macht, und bei Ergriffensein der Uretermündung die Neueinpflanzung. Bei Einbeziehung beider Uretermündungen soll die beiderseitige Nephrostomie vorausgeschickt werden. In Fällen von Infektion der Blase und der oberen Harnwege soll nur die Sectio alta mit Drainage vorgenommen werden.

Lengemann (53) bildete bei Exstirpation der Blase wegen Karzinoms eine neue Blase aus dem ausgeschalteten Colon ascendens und der letzten 30 cm langen Ileumschlinge, in welche die Ureteren implantiert wurden. Der Wurmfortsatz wurde durch die Bauchdecken nach aussen geleitet und sein Ende abgetragen. Die neue Blase fasste 500 ccm.

Holzbach (c. 6, 28) betont, dass bei Uteruskarzinom bullöses Ödem an sich für Karzinomentwickelung im paravesikalen Gewebe nicht beweisend ist.

Blum (5) fand bei Uteruskarzinomen kystoskopisch Ödem und Phlebektasien und zuweilen deutliche einseitige Pulsation, die er als Zeichen des Überganges des Karzinoms auf Blase und Ureteren auffasst.

Gleiss (26) beschreibt ein Spindelzellensarkom der vorderen Blasenwand, das diagnostisch für ein Uterusmyom gehalten worden war und mittelst ausgedehnter Resektion der Blasenwand per laparotomiam entfernt wurde. Die gelassene Blasenfistel heilte von selbst und die verringerte Blasenkapazität hob sich auf die Norm. Heilung. Symptome von seiten der Blase (Pollakiurie) waren erst kurz vor der Operation aufgetreten.

11. Blasensteine.

1. Arumugum, T. V., Large vesical calculus. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 725. (266 g schwer, Sectio alta.)
2. *Aubiban, De la tolérance inégale des calculs vésicaux; étude anatomio-clinique. Thèse de Toulouse. 1911/12. Nr. 998.
3. Barrett, J. B., Vulval exzema in children due to vesical calculus. Dublin Journ. of Med. Science. Bd. 133. Nov. (Durch möglichst lange Retention und dadurch bewirktes Überfliessen des Harns bedingt.)
4. Berg, Enorm grosser Zystinstein bei einem Kinde. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. Beiheft. p. 478. (55 Gramm schwer, 10jähriges Mädchen; der Stein füllte die ganze Blase aus. Sectio alta.)
5. *Cabot, A. T., The present standing of the operation of litholapaxy. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 59. p. 1954.
6. Carmany, H. S., Lithotomy under spinal anaesthesia. Philad. Ac. of Surg. Sitzg. vom 4. Dez. 1911. Annals of Surg. Bd. 55. p. 422. (Empfehlung der Lumbalanästheie und zur Entfernung kleiner Blasensteine des kystoskopischen „Rongeurs" von Young.)
7. Ciukumowich, Fall von Imprägnation der Blasenwand mit Salzen. Russ. urol. Ges. Sitzg. vom 3. Febr. 1911. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 145. (Demonstration.)
8. Cochez, Calcul vesical chez un enfant indigène de trois ans et demi. Bull. méd. de l'Algérie. Nr. 14. p. 477. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 596. (Sectio alta.)
9. Faujas, Volumineux calcul de la vessie chez une petite fille. Soc. des sc. méd. de Lyon. Sitzg. vom 17. Jan. Lyon méd. Nr. 12. (Achtjähriges Mädchen, 5,5 : 3,5 : 3,0 cm grosser Phosphatstein; Sectio alta. Heilung.)
10. Fayet, J. Cl., La lithotritie. Thèse de Paris. 1911. Nr. 161. (78 Fälle, darunter vier Frauen.)
11. *Gauthier, Ch., Double lithotritie pour calcul vésical chez la femme. Lyon méd. Bd. 119. p. 133.
11a. Gayet und Fayol, Calculs diverticulaires de la vessie. Lyon méd. Bd. 119. p. 124. (Radiographischer Nachweis eines Divertikelsteines.)
12. *Goldberg, Erkennung und Behandlung der Blasensteine. Allg. ärztl. Verein Köln. Sitzg. vom 20. Nov. 1911. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 445.
13. *Grandjean, A., Auskratzung der Blase per vias naturales wegen Inkrustationen. Fol. urol. Bd. 6. p. 657.
13a. Grekow, Grosse Blasensteine. Demonstration. Journ. akusch. i shensk. boles. Jan. Sitzg. der geb.-gyn. Ges. zu Petersburg. (In beiden Fällen war die Scheide prolabiert und die Steine wurden durch die Cystotomia vaginalis entfernt.) (H. Jentter.)
14. *Holland, Th., Radiographic diagnosis of stone in the bladder. Liverpool Med. Inst. Sitzg. vom 22. Febr. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 492 u. Arch. of Röntgen-Ray, Nr. 142.
15. Hyman, A., Vesical calculus with multiple recurrences. Amer. Journ. of Urol. Bd. 8. Nr. 2.
16. Jeanbrau, Calcul de cystine. XVI. Réunion de l'Assoc. franç. d'Urol. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 725. (Sectio alta bei einem dreijährigen Mädchen.)
17. Kahn, M., History of the lithotomy operation. Med. Record. New York. Bd. 82. p. 652. (Historischer Überblick.)
18. Krotoszyner, M., Very large calculus. California State Journ. of Med. Bd. 10. Nr. 3.
18a. Küttner, Demonstration. Journ. akusch. i shensk. bol. Jan. Sitzg. der geb.-gyn. Ges. zu St. Petersburg. (1. Blasenstein, entfernt durch Kolpokystotomie. 2. Ein Fall von Kolpourethrotomie: das in einem Divertikel der Harnröhre liegende Konkrement wurde entfernt.) (H. Jentter.)
19. Kupferberg, Hühnereigrosser Blasenstein. Mitteldeutsche Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 19. Mai. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 352. (Bei Prolaps mit Zystocele; Kolpokystotomie.)
20. *Legueu, Radiographie avec le bismuth des calculs uriques de la vessie. Soc. nat. de Chir. de Paris. März. Arch. gén. de Chir. Nr. 6.
21. Les Maux, Les calculs vésicaux à symptomatologie fruste.. Thèse de Bordeaux. 1911/12. Nr. 47. (23 Fälle; latente Blasensteine besonders bei alten Leuten und bei Divertikeln vorkommend.)

22. *Lower, W. E., Suprapubic cystotomy for vesical calculus. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 59. p. 1956.
23. Luys, Calculs de la vessie. XVI. Réunion de l'Assoc. franç. d'Urol. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 725. (Verlangt genaue kystoskopische Kontrolle nach der Lithothrypsie bezüglich der Entfernung aller Steinreste.)
24. Mériel, E., Volumineux prolapsus rectal du au ténesme vésical par calcul chez un enfant. Journ. d'Urol. Bd. 1. p. 785. (Ein Fall.)
25. Nové-Josserand und Faujas, Volumineux calcul de la vessie chez une fille de huit ans. Soc. des Sciences méd. de Lyon. Revue de Chir. Bd. 45. p. 845. (40 Gramm schwerer Phosphatstein ohne Fremdkörper, durch Sectio alta entfernt.)
26. Pardoe, J., An evacuator for litholapaxy. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 435. Lancet. Bd. 1. p. 373.
27. Parry, L. A., Urinary calculi. Brighton and Sussex Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 4. Jan. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 127. (Stein um Haarnadel, per urethram extrahiert.)
28. Payr, 250 Gramm schwerer Blasenstein. Med. Ges. Leipzig. Sitzg. vom 2. Juli. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2259. (Cystitis, Sectio alta, Drainage.)
29. Pousson, A., L'affection calculeuse à travers les ages. Journ. d'Urol. Bd. 1. p. 1. (Behandelt die historische Entwickelung der Behandlung der Steinkrankheit.)
30. Ritchie, Stone in the bladder with early recurrence. Glasgow Obst. and Gyn. Soc. Sitzg. vom 13. Dez. 1911. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. Bd. 21. p. 61. (Rezidive 10 Monate nach Kystotomie wegen Fortdauer der Cystitis nach zu frühem Schluss der Blasenfistel.)
31. Schiavoni, M., Patologia e therapia chirurgica dei calcoli della vescica urinaria. Turin. Un. tipogr. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 1753. (Ausführliche Behandlung des Stoffes.)
32. Schlagintweit, F., Bericht über 250 Blasensteinoperationen. Ärztl. Verein München. Sitzg. vom 5. April. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 58. p. 1892. (Darunter nur drei bei Frauen, ein Phosphatstein nach schwerer septischer Pyelocystitis mit Exitus. ein kleiner Phosphatstein nach Nephrolithotomie und ein kastaniengrosser Uratstein. alle mit Lithotrypsie behandelt. In der Diskussion empfiehlt Mirabeau bei harten Steinen die Kolpokystotomie und erwähnt eine Röntgenfehldiagnose bei Ureterstein im Beckenabschnitt, in welchem Falle nach Ureterresektion und Neueinpflanzung in die Blase tödliche Sepsis wegen schon bestehender Pyonephrose eintrat. Auch von Kielleuthner und Brauser wird über Röntgenfehldiagnosen bei Blasensteinen berichtet.)
33. Sexton, L., Observations on vesical calculi. Med. Record. New York. Bd. 82. p. 567. (Kurze Übersicht über Ätiologie und Symptome; bezüglich der Behandlung wird an erste Stelle die Lithothrypsie, an zweite die Sectio alta gestellt.)
34. Shattock, S. G., The structure of urate calculi. R. Soc. of Med. Path. Soc. Sitzg. vom 15. Okt. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 1141. (Muzin als Grundsubstanz. Art der Anordnung der Kristalle.)
35. Sippel, Uratstein aus der Blase einer 63jährigen Frau. Ärztl. Verein Frankfurt. Sitzg. vom 15. April. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1247. (Mandelförmiger Stein. wahrscheinlich aus dem Ureter ausgestossen, nach Dilatation der Harnröhre mit Abortzange extrahiert. ohne Inkontinenz.)
36. Smith, A. D., Vesical calculus in a boy aged five years. Amer. Journ. of Obst. Bd. 65. p. 358. (Sectio alta, Maulbeerstein aus Uraten und Kalkoxulat.)
37. Sokolow, Blasenstein bei einem dreijährigen Kinde. Wratsch. Gaz. 18. März. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 120. (Sectio alta.)
38. *Stefani, Corps étranger vésical, volumineux calcul sécondaire. Soc. de Chir. de Lyon. Sitzg. vom 18. Febr. Lyon méd. Nr. 16.
39. Vischer, A., Über das Vorkommen von Blasensteinen in der asiatischen Türkei und ihre Behandlung. Med. Ges. Basel. Sitzg. vom 6. Juli 1911. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 948. (65 Fälle, davon drei bei Frauen; Sectio alta mit primärer Blasennaht.)
40. Vuillet, H., Calculs de l'uretère et de la vessie. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 849. (Stein im untersten Ureterabschnitt, nach Sectio alta extrahiert.)

Goldberg (12) sah unter 78 Blasensteinfällen nur 27 mal typische und 45 atypische Symptome, unterbrochenen Harnstrahl nur sechsmal. Sechs Fälle waren symptomlos.

Das Kystoskop kann Steine entdecken, die mit der Sonde nicht nachweisbar sind. In 40 Fällen wurde operiert, grösstenteils mittelst Litholapaxie.

Aubiban (2) fand Symptomlosigkeit der Blasensteine besonders bei grossen, beweglichen Steinen infolge Anpassung der Blasenwand an die Steinoberfläche.

Holland (14) fand reine Uratsteine, auch wenn sie gehäuft liegen, radiologisch nicht darstellbar; die Durchleuchtung liefert auch keine Anhaltspunkte dafür, ob ein Stein eingekapselt ist oder nicht, oder ob ein Stein der Blase oder dem Ureterende angehört, endlich auch keinen bestimmten Anhaltspunkt über die Anzahl der Blasensteine. Zur genauen Diagnose ist die Kystoskopie erforderlich.

Legueu (20) wies mittelst Wismuth-Radiographie Uratsteine nach, welche durchlässig erschienen.

Lower (22) erklärt unter Hervorhebung der Vorzüge der Lithothrypsie die Sectio alta für indiziert bei grossen Steinen, die nicht gefasst werden können, bei festsitzenden und multiplen Steinen, bei Kindern, bei in der Mündung des Harnleiters sitzenden Steinen und bei harten Fremdkörpern mit Steinbildung.

Stefani (38) empfiehlt für die Sectio alta bei Harnsteinen den suprapubischen Schnitt Pfannenstiels, der die Peritonealfalte vermeiden lässt und das Cavum Retzii vor Infektion schützt. Ein Fall von Phosphatstein um eine Haarnadel wird mitgeteilt.

Gauthier (11) hebt die Schwierigkeit der Lithothrypsie bei Frauen mit schlaffen Blasenwandungen hervor und empfiehlt die Entfernung kleiner Steine oder Steinreste im direkten Kystoskop (ein Fall, 71 jährige Frau).

Cabot (5) erklärt für die meisten Fälle von Blasensteinen die Litholapaxie als die Operation der Wahl.

Suter (c. 10, 68) befürwortet bei Blasensteinen in erster Reihe die Lithothrypsie, durch die die Mehrzahl der Steine zu entfernen ist.

Grandjean (13) empfiehlt die Behandlung der Verkalkung der Blasenschleimhaut durch Curettage, durch welche die ganze Schleimhaut entfernt werden muss. Eventuell muss der Kalkpanzer mittelst flacher Zange zuerst zerbrochen werden. Auch tuberkulöse Blasengeschwüre können dadurch zur Heilung gebracht werden. Die Nachbehandlung besteht in Spülungen.

12. Fremdkörper der Blase.

1. *Abels, H., Über Harnblasenerkrankungen bei kleinen Mädchen durch bisher nicht beobachtete Fremdkörper. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 1833.
2. Arndt, Haarnadel in der Blase. Verein Posener Ärzte. Sitzg. vom 14. Okt. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 2471. (Retrograde Extraktion unter Leitung des Kystoskops mit Schuhknöpfer.)
3. Barbellion, G., Corps étranger dans la vessie d'une jeune fille; cystoscopie, extraction. Journ. de méd. de Paris. 1911. Nr. 51. (Ohrlöffel von 7 cm Länge.)
4. Barth, Blasensteine. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 23. Jan. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 528. (Um eingewanderte Seidenligaturen nach Vaginifixur. Sectio alta.)
5. *Blum, V., Zur Ätiologie der Cystitis kleiner Mädchen. Ges. d. Ärzte in Wien. Sitzg. vom 8. Nov. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 1851.
6. Brin, H., Corps étrangers de la vessie. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 845. (Grosser Blasenstein, um einen Thermometer gebildet, der vor 20 Jahren in die Blase eingeführt worden war und dessen aus dem Stein vorragende Cuvette bei der Extraktion — Sectio alta — zerbrach; jauchige Cystitis, Heilung.)
7. Cathelin, F., Verweilen eines Katheters im Ureter während sechs Jahren. Fol. urol. Bd. 6. p. 571. (Herunterschlüpfen des Rohrs in die Blase, Entfernung durch Kolpokystotomie.)
8. Desnos, E., Corps étranger d'origine appendiculaire simulant un calcul vésical. Journ. d'Urol. Bd. 1. p. 516. (Aus der Appendix in die Blase durchgebrochen.)
9. Fischer, B., Grosser Blasenstein um eine Haarnadel. Ärztl. Verein Frankfurt. Sitzg. vom 18. März. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1076. (Sechsjähriges Mädchen mit eitriger Cystitis, Ureteritis und Pyelonephritis.)
10. — Schwere Cystitis und Pyelonephritis durch Fremdkörper. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 10. März. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 238. (Haarnadel bei sechsjährigem Mädchen und abgebrochener Glaskatheter bei 66 jähriger Frau.)

11. Furniss, H. D., Hairpin in bladder and renal infection. New York Obst. Soc. Sitzg. vom 13. Febr. Amer. Journ. of Obst. Bd. 65. p. 636. (Zwei Haarnadeln, von denen die erste im Kellyschen Kystoskop entfernt wurde; die zweite wurde erst später vorgefunden.)
12. Gilis, P., Deux épingles à cheveux incrustées de sels calcaires extraits de la vessie par cystotomie sus-pubienne. Montpellier méd. 30. Juni. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 435. (Extraktion von zwei Haarnadeln bei heftiger fieberhafter Cystitis und Fixation der Spitzen mittelst Sectio alta.)
13. Guiard, F. P., Extraction par l'urètre, chez une femme, d'un crayon mesurant 12½ cm de longueur et recouvert de concrétions phosphatiques. Journ. de méd. de Paris. 1911. Nr. 51. (Zerbrechung des querliegenden, mit seinen Enden fixierten Stiftes und Extraktion mittelst Lithothrypters.)
14. Hogge, Corps étrangers dans la vessie. XVI. Réunion de l'Assoc. franç. d'Urol. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 725.
15. Jenckel, Fremdkörper in der Blase. Ärztl. Verein Altona. Sitzg. vom 22. Mai. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1683. (9 cm lange Gummispitze eines Irrigationsapparates, von einer im vierten Monate Schwangeren zu Masturbationszwecken eingeführt; Extraktion nach Harnröhrenerweiterung.)
16. Jervel, Bleistiftkapsel in der Blase. Norsk. Mag. f. Laegevidensk. 1911. (Durch die erweiterte Urethra in der Mitte zerbrochen, dann extrahiert.)
17. Kaiser, Haarnadel in der Blase einer Gravida. Gyn. Ges. Dresden. Sitzg. vom 15. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 816. (Durch Kolpokystotomie entfernt.)
18. — Blasensteine um Seidenfäden nach Naht einer Blasenverletzung. Gyn. Ges. Dresden. Sitzg. vom 15. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 816.
19. Kropeit, Glaspipette in der Harnblase. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 24. Okt. 1911. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 344. (Die Pipette war angeblich zu ärztlich verordneten Blasenspülungen verwendet worden und in die Blase geglitten. Kolpokystotomie.)
19a. Lenko, Demonstration von 20 aus der Harnblase entfernten Fremdkörpern. Lemberger ärztl. Ges. am 4. Okt. Lwowski Tygodnik lekarski. Nr. 50. p. 817. (Polnisch.) (10 Fremdkörper waren abgebrochene Stücke von Petzer-Kathetern, eingelegt nach Blasenstich, drei Bruchstücke von Nélaton-Kathetern, einmal eine Catgutfadenschlinge nach Bassinischer Operation, einmal ein Pflaumenkern, aus dem Mastdarme in die Blase eingedrungen, in einer anderen Gruppe rangieren die von den Kranken eigenhändig zur Befriedigung des Geschlechtstriebes eingeführten Fremdkörper. Haarnadel aus der Blase entfernt bei einem 70jährigen Greise, Haarnadel aus der Blase durch Sectio alta entfernt bei einem 20jährigen Mädchen, Petersilienwurzel zugespitzt bei einer verheirateten Frau entfernt, Mutter eines Kindes, knöchernes Zigarrenmundstück durch Sectio alta bei einem Manne entfernt, ein Stück steifen Schilfrohres bei einem Manne entfernt, endlich eine Revolverkugel entfernt 3½ Monate nach Unterleibsschuss. Die Arbeit enthält Details bezüglich der einzelnen Beobachtungen.) (v. Neugebauer.)
20. Müglich, Fremdkörper und Blasensteine. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 29. Juni. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 376.
21. Pakowski, Volumineux calcul de la vessie, développé autour d'un corps étranger chez une femme. Soc. anat. Paris. Sitzg. vom 25. Okt. Presse méd. Nr. 89. p. 904. (Kleineigrosser Stein um ein seit drei Jahren in der Blase liegendes Häkchen entwickelt, das die Blase und eine Darmschlinge perforiert hat; die Perforation war symptomlos geblieben.)
22. Pasteau, Corps étrangers dans la vessie. XVI. Réunion de l'Assoc. franç. d'Urol. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 725.
23. Renner, Zange zur Entfernung von Fremdkörpern aus der Blase. Chir. Ges. Breslau. Sitzg. vom 13. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 1346. (Für das Kystoskop.)
24. Revel, Corps étrangers dans la vessie. XVI. Réunion de l'Assoc. franç. d'Urol. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 725.
25. Rivet, A., Remarques sur les épingles à cheveux dans les vessies féminines. Gaz. méd. de Nantes. Bd. 30. p. 341. (Empfiehlt Füllung der Blase mit 180—200 ccm Wasser und Entfernung mittelst dünnen, langen, biegsamen Hakens unter Kontrolle des Kystoskops.)
26. Sachs, In der Harnblasenwand steckendes Pravazkanülenstückchen. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Bd. 36. p. 374 u. Frauenarzt. Bd. 27. Nr. 9. (Die Kanüle

war bei Probepunktion des parametranen Exsudats abgebrochen; chronische Cystitis, Entfernung im Kystoskop.)
27. Sinclair, D. A., Foreign body (cock) in bladder. Amer. Journ. of Urol. Bd. 8. Nr. 1. (Extraktion unter Leitung des Kystoskops.)
28. Strassmann, P., Fremdkörper in der Blase. Berl. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 23. Juni. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 69. p. 510. (Häkelhaken, nach Dilatation der Harnröhre durch Wendung des Fremdkörpers auf die Spitze mittelst des Fingers entfernt.)
29. Subbotic, V., Immigration eines Fremdkörpers in der Blase. Srpski arh. za celok. lek. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 693. (Gazetupfer, nach Herniotomie in die Blase durchgebrochen.)
30. Van Meter, S. D., Removal of paraffin from bladder. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 58. p. 478. (Auflösung eines Paraffinbougies durch Injektion von Benzin in die Blase.)
31. Vincent, Corps étrangers dans la vessie. XVI. Réunion de l'Assoc. franç. d'Urol. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 725.
32. Vulliet, H., Calculs de l'uretère et de la vessie. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 852. (Haarnadel mit totaler Inkrustation der Blasenwand, Extraktion durch Sectio alta, Drainage.)
33. Wulff, Fremdkörper in der Blase. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 4. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1404. (1. Katheterstück, durch Lithothrypter entfernt; 2. Haarnadel als Kern eines Phosphatsteins, Entfernung durch Sectio alta.)
34. Zorn, M., Über Fremdkörper, die von aussen in die weibliche Harnblase gelangten. Inaug.-Diss. Bonn 1911. (Zwei Fälle von Haarnadeln, darunter einer bei einem dreijährigen Mädchen.)

Blum (5) fand als Ursache bei Cystitis eines kleinen Mädchen Wollfäden in der Blase, die aus den Kleidern stammten und wahrscheinlich infolge von Friktionen bei Harndrang eingedrungen waren; sie hatten zur Bildung kleiner Konkremente Anlass gegeben.

Abels (1) fand ebenfalls Haare, Papierfaserstückchen, Flaumfedern und Amylumkörner, letztere aus Kinderpuder stammend, als Fremdkörper in der Blase.

13. Parasiten der Blase.

1. Arron, Kyste hydatique de la paroi vésicale. Soc. de Chir. Sitzg. vom 3. Juli. Gaz. des Hôp. Bd. 85. p. 1132. (In die Blase durchgebrochen; Drainage.)
2. Conor, A., Sur les bilharzioses. Revue d'Hyg. Bd. 23. Nr. 6.
3. *Day, H. B., und O. Richards, The treatment of Bilharziosis by salvarsan. Lancet. Bd. 1. p. 1126.
4. Ferguson, A. R., Bilharzial disease. Glasgow Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 1. Nov. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 1391. (Zur Biologie des Parasiten.)
5. — Bilharziosis und maligne Degeneration der Harnblase. Journ. of Pathol. and Bact. Bd. 16. p. 76. (Von 40 Fällen maligner Neubildungen der Blase bei Bilharziose. 34 Epitheliome und 6 Sarkome.)
6. Fülleborn, F., und Werner, Über Salvarsanwirkung bei Bilharziosis. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 351. (Können das Verschwinden der Bilharziaeier aus dem Harn nach Salvarsanbehandlung nicht bestätigen.)
7. Looss, A., Über die sogenannte Heilung der Bilharziosis durch Salvarsan. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 70. (Leugnet die heilende Wirkung des Verfahrens.)
8. *Milton, F., „606" in bilharziosis. Lancet. Bd. 1. p. 1037.

Day und Richards (3) verwerfen die Salvarsanbehandlung als völlig nutzlos, weil die in den Geweben sitzenden und eingekapselten Eier unbeeinflusst bleiben.

Milton (8) verwirft ebenfalls die Salvarsanbehandlung bei Bilharziosis aus dem gleichen Grunde und wegen der Gefahren für die Niere.

---

d) Urachus.

1. André, P., und A. Boeckel, A propos d'un cas d'ouraque totalement perméable chez un sujet de seize ans. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 673. (Blasennabelfistel; subperitoneale Exzision und Blasennaht; Heilung.)

2. *Baldwin, J. F., Grosse Zysten des Urachus. Surg., Gyn. and Obst. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1203.
3. *Hartmann, E., Über Urachuszysten. Inaug.-Diss. Halle 1911.
4. Michin, W., Zur Kasuistik der aus den Resten des Ductus omphalomesentericus sich entwickelnden malignen Neubildungen. Virchows Arch. Bd. 209. Heft 1. (Kystadenokarzinom vom Urachus aus auf die Blase übergehend.)
5. *Pearse, H. E., und E. L. Miller, Hematuria from tuberculosis of a patent urachus; operation followed by septic rash; recovery. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 58. p. 1684.
6. *Schwarz, E., Karzinom des Urachus. Beiträge z. klin. Chir. Bd. 78. Heft 2.

Baldwin (2) beschreibt zwei Fälle von grossen Urachuszysten, die durch Inzision und Drainage zur Heilung gebracht wurden; die eine war für einen Bauchtumor, die andere für eine Ovarialzyste gehalten worden.

Hartmann (3) beschreibt eine echte walnussgrosse Urachuszyste, die bei einer 30jährigen Frau gelegentlich einer Laparotomie (Ventrofixation mit Sterilisation bei Totalprolaps) gefunden und exstirpiert wurde. Die Zystenwand enthielt wellige Bindegewebsbündel, reichlich glatte Muskelfasern und Gefässe, das Epithel ist ein einschichtiges, stellenweise mehrschichtiges Pflasterepithel; der Inhalt war klar, wässerig und geruchlos. Die Zyste war symptomlos geblieben.

Schwarz (6) beschreibt ein primäres Adenokarzinom des vorher unveränderten Urachus, das sowohl den peritonealen Überzug als auch die Blasenwand durchbrochen hatte.

Pearse und Miller (5) fanden nach Exzision einer fistulösen Geschwulst unter dem Nabel Hämaturie infolge Tuberkulose des offen gebliebenen Urachus, einschliesslich des Eintrittes in den Blasenscheitel. Der Urachus wurde radikal exstirpiert.

e) Harnleiter.

1. Arndt, Pseudozyste am Orificium vesicale des Ureters. Verein Posener Ärzte. Sitzg. vom 14. Okt. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 2472. (Harnstauung und Koliken.)
2. Baker, J. N., The removal of an unusually large ureteral stone. Med. Assoc. of the State of Alabama. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 58. p. 1473. (Unmittelbar über der Blasenmündung; Ureterotomie.)
3. *Bertelsmann, Über einen Fall von intermittierender intravesikaler Cyste, gebildet durch einen überzähligen Harnleiter. Ärzteverein Kassel. Sitzg. vom 10. Jan. Med. Klinik. Bd. 8. p. 804.
4. Bickersteth, R. A., Catheterization of the ureters. Liverpool Med. Inst. Sitzg. vom 2. Mai. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 1131. (Kurze Hervorhebung der diagnostischen Bedeutung.)
5. *Bode, F., Stenose beider Ureteren durch einen in der Scheide befindlichen Fremdkörper. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1156.
6. *Borsuk, Erfolgreiche Vernähung eines während einer Uterusexstirpation durchschnittenen Ureters. Med. i Kron. Lek. 1911. Nr. 10 ff. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 6. p. 880.
7. Bryan, R., Uretersteine. Amer. Journ. of Derm. and Gen.-Ur. Diseases. Bd. 16. p. 363. (Neun Fälle; verlangt Ureterkatheterismus und Radiographie; extraperitoneale Längsinzision des Ureters und Naht.)
8. Bugbee, H., Bilateral stricture of the ureters. St. Lukes Hosp. med. and surg. reports. Bd. 3. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 1754. (Gonorrhoisch; mit Dilatation behandelt.)
9. *Busi, Ombre radiografiche della calcolosi ureterale. Gazz. degli osp. e d. clin. Nr. 66.
10. Cathcart, Ch. W., Calculus of ureter. Edinburgh Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 7. Febr. Lancet. Bd. 1. p. 506. (Im untersten Ureterabschnitt, durch extraperitoneale Ureterotomie entfernt.)
10a. Cathelin, Dilatation double kystique intravésicale des uretères. XVI. Réunion de l'Assoc. franç. d'Urol. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 725. (In der Diskussion unterscheidet Pasteau den echten Prolaps des Ureters in die Blase von der intravesikalen Dilatation des Ureters.)

11. *Chevassu und Mock, Épithélioma primitif de la partie moyenne de l'uretère. Bull. de la Soc. de Chir. Nr. 15. p. 522.
12. *Chiasserini, Ricerche sperimentali sui trapianti di vasi in uretere e di uretere nei vasi e sull' anastomosi uretero-deferenziale. Policlinico. Bd. 19. Sez. chir. Nr. 6 u. 11.
13. Clary, W. F., Ureteral calculi. Sonthern Med. Journ. Nashville. Bd. 5. Nr. 10.
14. *Delbet, Épithéliome de l'uretère. Soc. de Chir. Sitzg. vom 17. April. Gaz. des Hôp. Bd. 85. p. 710.
15. Duron, Duplicité bilatérale de l'uretère. Poitou méd. April. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 117. (Vollständige Verdoppelung mit getrennten Blasenmündungen und doppeltem Nierenbecken.)
16. *Eisendraht, Congenital malformations of the ureters. Annals of Surg. Bd. 55. p. 571 u. Western Surg. Assoc. 21. Jahresvers. Med. Record. New York. Bd. 81. p. 250.
17. Fedorow, Pyelitis mit periodischer Harnverhaltung. Russ. urol. Ges. Sitzg. vom 31. März 1911. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 146. (Zystische Neubildung an der Uretermündung, wahrscheinlich von einem akzessorischen Ureter stammend; Inzision nach Sectio alta.)
18. Fischer, B., Ureterstein. Ärztl. Verein Frankfurt. Sitzg. vom 4. März. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1014. (Mit Pyelonephritis.)
19. *Frank, K., Über Ureterostomie. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 113. Heft 5/6.
20. *Frenkel, S., Étude sur les calculs aberrants de uretère. Thèse de Paris. 1911/12. Nr. 2.
21. Fromme, Ureterstein Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. vom 10. Nov. 1911. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. p. 669. (Kystoskopischer Nachweis, Spontanausstossung.)
22. *Furniss, H. D., Some types of ureteral obstruction in women. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 59. p. 2051.
23. — Dilated ureters. New York Obst. Soc. Sitzg. vom 13. Febr. Amer. Journ. of Obst. Bd. 65. p. 637. (Bei schwerer Cystitis, die mittelst Kolpokystotomie behandelt wurde.)
24. — Zwei Fälle von Verengerung des untersten Ureterabschnittes. Amer. Journ. of Urol. Bd. 8. p. 111. (Abtrennung des Ureters und Neueinpflanzung in die Blase, Fistelbildung, sekundäre Nephrektomie wegen Infektion der Niere.)
25. — Four ureters. New York Obst. Soc. Sitzg. vom 13. Febr. Amer. Journ. of Obst. Bd. 65. p. 638 u. Amer. Journ. of Urol. Bd. 8. p. 226. (Mit getrennten Mündungen in der Blase und getrennten Nierenbecken.)
26. Gallant, A. E., Ureteral pain associated with sacroiliac relaxation. Amer. Journ. of Urol. Bd. 8. p. 318. (Das anfänglich als Ursache angenommene kleine Uterusmyom wurde exstirpiert, ohne dass die Beschwerden aufhörten.)
27. Gayet, Dilatation kystique intravésicale de l'uretère; opération par taille hypogastrique. Lyon méd. Nr. 26. p. 1460. (Nussgrosser, an- und abschwellender Tumor ohne Öffnung; Abtragung nach Sectio alta und Schleimhautnaht.)
28. Geddes, A. C., Double ureter. Brit. Med. Assoc. 80. Jahresvers. Sect. of Anat. Lancet. Bd. 2. p. 388. (Rechte Niere mit doppeltem Ureter, aber bilateraler Mündung der letzteren in die Blase.)
29. Gonzalez, La nefrotomia en la anuria por cancer del utero. Siglo med. 1911. 3. Juni ff.
30. Gorasch, Ureterstein. Russ. urol. Ges. Sitzg. vom 9. März. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 660. (Ureterotomie mit Heilung bei einem Ureterstein, der bei Röntgenaufnahme nicht sichtbar war, so dass die Diagnose irrtümlich auf Appendizitis gestellt wurde.)
31. — Ureterstein. Russ. urol. Ges. Sitzg. vom 12. Okt. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 663. (Walnussgrosser Stein, spontan abgegangen.)
32. *Grammatikati, J., und J. Tichow, Die erweiterte operative Behandlung des Gebärmutterkrebses durch Transplantation der Ureteren in den unteren Darmabschnitt. IV. russ. Gyn.-Kongr. 1911. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 226.
33. Gross, H., Erfahrungen auf dem Gebiete der Ureterenchirurgie. Vereinig. nordwestdeutscher Chir. Sitzg. vom 9. Nov. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 15. (Beseitigung eines Ureterkrampfes durch Ureterkatheterismus bei Anurie einer Gravida.)
34. Hagentorn, Röntgenaufnahme eines Uretersteins. Russ. urol. Ges. Sitzg. vom 4. Mai. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 662. (In der Diskussion berichtet Fedorow über einen Fall, in dem sich trotz Röntgenschattens kein Stein fand.)
35. Harris, B., Die Diagnose von Uretersteinen durch dünne Fischbeinbougies mit Wachsspitze unter Anwendung des Nitzeschen Kystoskops. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 15. Nr. 6. (Empfehlung des H. A. Kellyschen Verfahrens.)

36. *Herczel, E., Geheilte Fälle von Ureterotomie behufs Entfernung von Uretersteinen. Orvosi Hetilap. 1911. Nr. 29. Ref. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 171.
37. *Hirsch, G., Die Dilatation der Nierenbecken und Harnleiter durch die Gravidität. Inaug.-Diss. München 1910.
38. Jeannency, G., Duplicité incomplète de l'uretère du rein droit. Journ. de méd. de Bordeaux. Bd. 42. p. 837. (Anatomische Beschreibung einer rechtsseitigen Niere mit zwei übereinander liegenden Nierenbecken und zwei Ureteren, die sich kurz vor dem Eintritt in die Blase vereinigten.)
39. *Jianu, J., Gestielte Transplantation der Arteria hypogastrica zum Ersatz des Harnleiters. Wiener klin. Rundschau. Bd. 26. p. 785.
40. Iljin, A. J., Zur aszendierenden Infektion der Nieren nach Transplantation der Ureteren in den Darm und zum Kampf mit derselben. Prophylaktische Vakzination und Vakzinotherapie. Russki Wratsch. Nr. 21. (Iljin verfügte über 11 Patienten mit transplantierten Ureteren. In allen Fällen wurde im Harn der Kolibazillus gefunden. In zwei Fällen [Pyelitis und Pyelonephritis] verschwanden nach der Kolivakzination alle Symptome von Affektion der Nieren, in einem dritten [Pyelitis] trat bedeutende Besserung, im vierten Falle [akute Pyelitis] musste die Vakzination aufgegeben werden. Ferner hat Iljin Tierversuche angestellt: siebenmal einseitige und siebenmal beiderseitige Uretertransplantation. Von letzteren starben zwei am dritten Tage post op. Von den lebend gebliebenen fünf der letzten Gruppe erkrankte kein Tier, weder an Peritonitis, noch eitriger Pyelonephritis, ein Resultat, welches Verf. der angewandten prophylaktischen Vakzination zuschreibt.) (H. Jentter.)
41. Illyés, G. v., Eingekeilte Uretersteine. IV. Kongr. d. ungar. Ges. f. Chir. 1911. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 467. (Durch das Scheidengewölbe entfernt; zwei Fälle.)
42. Immelmann, Ureter- und Blasensteine. Freie Vereinig. d. Chir. Berlins. Sitzg. vom 13. Nov. 1911. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 386. (Demonstration.)
43. Johnston, M. C., Anatomy of female ureter and methods of repair of injured ureters. Journ.-Lancet. Minneapolis. Bd. 32. Nr. 20.
44. Joseph, E., Ureterstein. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 3. Dez. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 2494. (Kaffeebohnenförmiger, gerillter Stein, 13 cm oberhalb der Blase sitzend, durch Ureterotomie entfernt.)
45. *Israel, J., Operationen wegen Uretersteinen. Fol. urol. Bd. 7. Heft 1 u. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 4. Juni. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 705.
46. *Kakuschkin, N. U., Akzessorischer Ureter beim Weibe. Besonderheiten des klinischen Verlaufes, der Diagnose und Therapie eines Falles. Russki Wratsch. Nr. 37. (Die 32jährige Patientin litt immer an relativer Harninkontinenz. Nach der ersten Geburt Wochenfieber. Nach einem Jahre erkrankt Patientin plötzlich unter Fieber: es bildet sich ein Tumor rechts im Leibe, der Harnfluss sistiert. Seitdem eitriger Ausfluss aus den Genitalien, der Tumor schwindet. Jetzt besteht also statt Harninkontinenz eitriger Fluss. Bei der Miktion entleert sich normaler Urin. Seitdem noch acht Schwangerschaften, welche aber alle vorzeitig endigten. Der Eiter kommt aus einer feinen Öffnung am hinteren Rande des äusseren Orifizium der Harnröhre. Mit grosser Mühe lässt sich die feinste chirurgische Sonde in die Öffnung einführen, wobei die Sonde parallel der Urethra im Septum urethrovaginale verläuft, aber nur auf eine Tiefe von 10—12 cm eindringt. Im breiten Mutterband wird ein Tumor von wechselnder Grösse palpiert, bei Druck, auf welchen sich Eiter aus der feinen Öffnung an der Urethra entleert. Die Blase weist bei kystoskopischer Untersuchung keinerlei Anomalien auf. Nach schwieriger Kollargolinjektion in den Kanal wurde röntgenologisch festgestellt, dass der Kanal sich durchs kleine und grosse Becken in die Gegend der rechten Niere fortsetzt, dabei sich spiralig windet und an einigen Stellen dilatiert erscheint. Durch gleichzeitige Katheterisation beider Ureteren wird erwiesen, dass dieselben normal zu der entsprechenden Niere führen. Unter intravenöser Hedonalnarkose wurde nun zur Exstirpation der rechten Niere geschritten. Nachdem dieselbe herausluxiert war, wurde der Schnitt längs dem Darmbeinkamm und dem Poupartschen Bande fast bis zur Mittellinie verlängert und die beiden Ureteren völlig extraperitoneal ihrer ganzen Länge nach herausseparriert und nach Unterbindung hart an der Blasenwand durchschnitten. Schluss der mächtigen Wunde. Heilung. Länge der Hautnarbe 44 cm. Am Präparate sieht man neben dem normalen Ureter den akzessorischen, welcher vom oberen Pol der Niere abgeht, wo er ein selbständiges Kavum von Haselnussgrösse bildet. Beide Ureteren adhärieren miteinander. Das Lumen des akzessorischen weist zahlreiche Knickungen auf, die Länge desselben ist 40 cm [der normale

Ureter ist 25 cm lang]. Zwischen den Knickungen ist das Lumen bedeutend dilatiert und enthält Eiter. Die Wandung ist massiv, hart. Die eingehende anatomische Untersuchung ergibt, dass ein kleiner Teil des Nierengewebes, und zwar derjenige, welcher dem Becken des akzessorischen Ureters anliegt, entzündliche Prozesse und Mangel der Entwickelung aufweist. Das übrige Gewebe der Niere ist normal. Im akzessorischen Ureter selbst werden katarrhalische Veränderungen in der Schleimhaut und Hypertrophie der muskulären Schicht konstatiert. Verf. stellt aus der Literatur 11 analoge Fälle zusammen, in denen der akzessorische Ureter am Rande des Orificium externum urethrae mündet.) (H. Jentter.)

46a. — — Ein Fall von Entwickelungsanomalie des Harnapparats beim Weibe. Journ. akusch. i shensk. boles. Jan. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu St. Petersburg. (Es handelte sich um einen von der rechten Niere ausgehenden dritten Ureter, welcher durch das Septum urethrovaginale verlief und unterhalb des Orif. ext. urethrae mündete. Es bestand Harnfluss, späterhin eitriger Ausfluss [eitrige Ureteritis]. Die Diagnose wurde gesichert durch Röntgenaufnahmen nach Kollargolinjektion.) (H. Jentter.)

47. *Kennedy, B., Uretero-appendiceal anastomosis. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 15. Nr. 4.

48. Kilvington, B., Stricture of right ureter treated by Pyelo-Ureterostresis. Austral. Med. Journ. Bd. 1. Nr. 36.

49. *Klauber, O., Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate uterina. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 325.

50. Knowlton, A. B., Low ureteral calculus, operation, recovery. Journ. of South Carolina Med. Assoc. Bd. 8. Nr. 6.

50a. Kubinyi, Pál, Egy édelött végrett ureter-inplantatio hematatása. Aus der Sitzg. der gyn. Sekt. des kgl. Ärztevereins am 12. Dez. 1911. Ref. Orvosi Hetilap. Gyn. Nr. 1. (Demonstration einer Frau, bei welcher vor einem Jahre eine, bei der Schautaschen Operation eines Uteruskarzinoms entstandene Ureterfistel durch Implantation geheilt worden war. Subjektiv, wie objektiv günstiger Dauererfolg.) (Temesváry.)

50b. — Adatok az ureter sebészeté hez. Orvosi Hetilap. Nr. 26, 27, 28. (Bericht über drei Fälle von Ureterzystoneostomie, zweimal wegen Verletzung des Ureters bei Wertheim-Operationen, einmal Heilung einer Ureterfistel.) (Temêsváry.)

51. *Kutner, R., Fortschritte in der Untersuchung des Harnapparates, mit besonderer Berücksichtigung der funktionellen Nierendiagnostik. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. Nr. 8.

52. *Lastraria, Ureterchirurgie. Rif. med. Nr. 6.

53. Leischner, Anurie durch Ureterkompression. Ärztl. Verein Brünn. Sitzg. vom 1. April. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 902. (Ureteren durch Uteruskarzinom komprimiert, fünftägige Anurie, Nephrotomie mit Drainage.)

54. Leonardo, D., Patologia e clinica delle lesioni chirurgiche dell' uretere. Policlinico. Bd. 19. p. 817.

55. *Lewis, B., The removal of ureteral stone by cystoscopic methods. New York med. Journ. Bd. 96. p. 1002 u. Amer. Urol. Assoc. 11. Jahresvers. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 58. p. 1307.

56. *Loewenstein, E., Ein Fall von primärem Karzinom des Ureters. Inaug.-Diss. Freiburg 1911.

57. *Lohnstein, H., Zur Ätiologie und Therapie der Ureterstenosen. Allg. Med. Zentralztg. Bd. 80. Nr. 44.

58. *— Fall von Ureterocele; Beseitigung durch endovesikalen Eingriff. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1939.

59. Luckett, W. H., Appendectomy, ureterolithotomy and herniotomy. New York Acad. of Med. Sect. on Surg. Sitzg. vom 4. Okt. Med. Record. New York. Bd. 82. p. 781. (In einer Sitzung ausgeführt, Heilung.)

60. *Maresch, R., Zur Kenntnis der Ureterendilatation. Wiener med. Wochenschr. Bd. 62. p. 249.

61. Martin, J. F., Enorme cancer du col de l'utérus avec greffe vaginale et englobement des uretères. Soc. des sciences méd. de Lyon. Sitzg. vom 22. März 1911. Lyon méd. 1911. Nr. 37. (Die dilatierten Ureteren konnten unversehrt ausgeschält werden und bildeten sich nach Beseitigung der Kompression zurück.)

62. Martin, W., Rupture of ureter, followed by extravasation of urine and suppurative

nephritis. New York Surg. Soc. Sitzg. vom 13. Dez. 1911. Annals of Surg. Bd. 55. p. 468. (Überfahren; Inzision einer zystenartigen Schwellung zwischen Rippenbogen und Poupartschem Band, hierauf Harnfistel und Fieber, weshalb die eitrig infiltrierte Niere exstirpiert wurde. In der Diskussion teilt Hotchkiss einen ähnlichen Fall mit, in dem der Ureter durchschossen worden war.)

63. Meisen, V., Zwei Fälle von Ureterocele. Ugeskr. f. Laeger. Bd. 74. p. 1175.

64. *Melnikoff, A. E., Partieller Ersatz des Ureters durch eine Dünndarmschlinge. Arbeiten der chir. Klinik Fedorow. Bd. 6. p. 148. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 746.

64a. Minz, Über Uretersteine. Wratsch. Gaz. 12. Sitzg. der chir. Ges. zu Moskau. (Sechs Fälle; in zweien wurden die Steine spontan ausgeschieden; viermal wurde der Ureter extraperitoneal eröffnet, der Stein extrahiert und der Ureter vernäht. Bei einer Frau perforierte der Stein ins Zellgewebe, wo er einen Abszess hervorrief. Nach der Operation Harnfistel, welche die Nephrektomie erforderte.) (H. Jentter.)

65. Mirotwortzeff, Fernresultate der Einpflanzung der Ureteren in das Rektum. Wratsch. Gaz. 16. März. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 1. p. 837. (Keine Infektion der Nieren 2½ Jahre nach der Operation; Sektionsbefund.)

66. Morian, Uretersteine. Ärztl. Verein Essen-Ruhr. Sitzg. vom 28. Nov. 1911. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 189. (Ein Fall von Oxalatstein, der zuerst im Nierenbecken gesucht, dann aber am Eingang in die Blase gefunden und entfernt wurde und ein Fall von doppelseitigen Uretersteinen.)

67. Morlandini, G., Due casi di ernia dell' uretere. Policlinico. Bd. 19. Sez. prat. Nr. 32. (Bei Operation zweier Hernien wurde der Ureter im Bruchsack gefunden.)

68. Nemenow, M. J., Radiographie bei drei Fällen von Ureteranomalien, vor der Operation diagnostiziert. Russ. Pirogow-Ges. Sitzg. vom 11. Mai 1911. Chir. Arch. Weliamin. Bd. 27. p. 1401. (Siehe Jahresber. Bd. 25. p. 282.)

69. Nicolsky, A. M., Die klinische Bedeutung der Verdoppelung der Ureteren. Shurn. akush. i shensk. bolesn. Bd. 27. p. 495. April. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 743. (Die 21 jährige Patientin mit grosser Vesikovaginalfistel hat zuerst eine Perineorrhaphie, darauf Episiokleisis mit Rektumfistelbildung durchgemacht, nach vier Monaten Ureterentransplantation in den Mastdarm. Nach zwei Monaten wegen Schmerzen in der Vagina Eröffnung derselben und Extraktion von Steinen, darauf Vernähen der Rektalfistel. Nach einem Jahr nach sexuellem Trauma Durchbruch der Fistel, weshalb Vernähen derselben. Im Laufe dieser Jahre beständiger leichter Fluss, den Patientin als Fluor albus deutete, weswegen die Scheide mit Watte verlegt. Exitus; bei der Sektion wird ein paranephritischer Abszess gefunden. An der linken Niere wird ein zweiter Ureter konstatiert, welcher aus einem eigenen Nierenbecken ausgeht. Unweit der Harnblase vereinigen sich die beiden Ureteren und bilden in der Blasenwand eine Uretermündung. Erst jetzt kann die beständige Feuchtigkeit, über welche Patientin klagte, als Harnfluss aus diesem dritten Ureter erklärt werden. Zweiter Fall: Vorgeschrittener Kollumkrebs, abdominelle, erweiterte Uterusexstirpation mit Exzision der Blase, Resektion des Rektum und Ureterentransplantation. Hierbei werden rechts zwei parallel verlaufende Harnleiter gefunden. Transplantation aller drei Ureteren. Auf dem Präparate sieht man, dass 1½ cm von der Blasenwand beide Ureteren sich zu einem Stamm vereinigen. Patientin starb. An den Nieren sieht man zwei Nierenbecken. Der dritte Fall ist ein Zufallsbefund bei der Sektion: anatomisch vollständige Analogie mit Fall 2.) (H. Jentter.)

69a. Ostrjansky, Zwei Fälle von Transplantation der Ureteren in den Mastdarm. Wojenno-Med. Journ. März. (H. Jentter.)

70. Park, A. J., Stone in ureter. Australas. Med. Gaz. Bd. 31. Nr. 26.

71. Pawloff, A. N., Zur Frage der Fernerfolge der Ureterentransplantationen in den Darm. Russ. urol. Ges. Sitzg. vom 12. Okt. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 663. (Normale Schwangerschaft und Geburt fünf Jahre nach Transplantation der Ureteren in den Darm.)

72. Picqué, L., Calcul de l'uretère droit; incision directe et extirpation, guérison. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. Nr. 36. p. 1323. (Ureterotomie, unvollständige Naht.)

73. Pietkiewicz, Zystische Erweiterung beider Ureteren. Przeglad chir. i gin. Bd. 4. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 695. (Endovesikale Öffnung der beiden zystischen Hervorwölbungen mittelst Messer.)

74. *Proust, R., und A. Buquet. Zur Technik der Ureternaht gelegentlich der Exstirpation eines intraligamentären Myoms. Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris. Nr. 6.

75. Raux, G., De l'anurie dans les tumeurs de l'ovaire. Thèse de Lyon 1911. (Drei Fälle; Kompression der Ureteren durch ein im Becken eingekeiltes Ovarialkystom.)
76. Rendu, R., Dilatation kystique intravésivcale de l'extrémité inférieure de l'uretère. Lyon méd. 1911. Nr. 50 u. Journ. d'Urol. Bd. 1. p. 393. (Kongenitale Verengerung beider Uretermündungen in die Blase, vollständige Verdoppelung des linken Harnleiters mit zystischer Dilatation des gemeinsamen unteren Endes zu einer 15 ccm fassenden Tasche, beiderseitige Hydronephrose; zufälliger Sektionsbefund bei einem 2½jährigen Kinde.)
77. Reynolds, W. S., Report of a case of ureteral calculus treated with oil injections. Med. Record. New York. Bd. 82. p. 1078. (Spontanausstossung des 1,5 cm langen, 0,7 cm dicken Steines.)
78. *Richter, Ureterenimplantation. Gyn. Ges. Dresden. Sitzg. vom 18. Jan. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 814.
79. *Rosenfeld, Seltene Ureterenanomalie. Fränk. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 11. Nov. 1911. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 54.
80. — Nierenstein im Ureter sitzend, von der Vagina aus durch Massage gelockert, dann spontan abgegangen. Ärztl. Verein Nürnberg. Sitzg. vom 9. Okt. 1911. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 295.
81. Rumpel, Zur Diagnose der Lageanomalien von Harnleiter und Niere. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 5. März. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 434. (Demonstration; in der Diskussion beschreibt Jacoby einen Fall von vier getrennten Harnleitermündungen, von denen zwei auf einer Seite dicht aneinander liegen.)
82. *Sigwart, Ureterstein als Komplikation der abdominalen Karzinomoperation. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. vom 26. Jan. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. p. 916 u. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 3. p. 168.
83. Spannaus, Ureterstein. Breslauer chir. Ges. Sitzg. vom 9. Dez. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 308. (7 cm lang, 6 cm im Umfang, in der Blasenmündung des Ureters steckend.)
84. Stoeckel, Kystoskopische Demonstration einer Ureterimplantation. Med. Ges. Kiel. Sitzg. vom 16. Nov. 1911. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 444. (Implantation zweier nebeneinander liegender Ureteren bei Ureterverdoppelung.)
85. *Sugimura, St., Über die Beteiligung der Ureteren an den akuten Blasenentzündungen, nebst Bemerkungen über ihre Fortleitung durch die Lymphbahnen der Ureteren. Virchows Arch. Bd. 206. Heft 1.
85a. Talley, D. D., Diagnosis of surgical conditions of ureter by means of Roentgen Ray. Virginia Med. Semimonthly. Bd. 17. Nr. 387.
86. *Thomas, W. Th., Diagnosis and treatment of calculi in the ureter. Liverpool Med. Inst. Sitzg. vom 7. März. Lancet. Bd. 1. p. 727.
87. Torrance, G., Successful transplantation of ureter from vagina to fundus of bladder twenty months after Wertheim operation in which greater part of trigon was resected. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 59. p. 1376. (Transperitoneale Einpflanzung, Überdeckung der Nahtstelle mit Peritoneum.)
88. Tracy, S. E., Recurrent anuria due to calculus which acted as a ball-valve in ureter of a single functionating kidney. Pennsylv. Med. Journ. Bd. 15. Nr. 12.
89. *Unterberg, H., Ein Fall von beiderseitiger kompletter Ureterdoppelbildung. Budapesti Orvosi Ujság. 1911. Nr. 44. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 100.
90. Versari, R., Entwickelung und feine Struktur der Valvula ureteralis beim Menschen. Ric. fatte nel Labor. die Anat. norm. della R. Univ. di Roma. Bd. 16. Heft 1/2. (Embryonale Entwickelung der Ureterklappe.)
91. — Morphogenese der Ureterschlinge beim Menschen. Ebenda. (Anatomische Beschreibung des extra- und intraperitonealen Abschnittes des Ureters.)
92. Vicker, Technik der Einpflanzung der Ureteren in den Darm. Sibirsk. Wratsch. Gaz. 1911. Nr. 17.
93. Wagner, Seltene Komplikation einer Karzinomoperation. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 12. März. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1757. (Als Ursache einer bei Karzinomoperation gefundenen auffälligen Ureterdilatation ergab sich ein eingekeilter Stein, 15 mm lang, 9 mm breit, 7 mm dick, der durch Ureterotomie mit darauffolgender Naht entfernt wurde. Heilung der Ureternaht.)
94. Wassiljeff, Ureterocele intramuralis. Russ. urol. Ges. Sitzg. vom 31. März 1911. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 146.

95. *Wertheim, Ureterverletzung. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 28. Nov. 1911. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 610.
96. Wulff, Enuresis. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1404. (Durch überzähligen, am Labium minus mündenden Ureter.)
97. Wwedenski, K., Über einen seltenen Fall von Anomalie der rechten Niere und des Ureters. Fol. urol. Bd. 6. Nr. 5. (Rechtsseitige Doppelniere mit zwei Ureteren, von denen einer nach der Harnröhre aberrierte.)

Bildungsfehler. Eisendraht (16) beschreibt fünf Fälle von angeborenen Ureterstenosen, eine an der Blasenmündung mit zystischer Hervorwölbung, bei welcher der Ureter an der Blase durchtrennt und neu eingepflanzt wurde (später eitrige Pyelonephritis, die die Nephrektomie notwendig machte) und vier mit Pyonephrose, von denen nur drei klinische Erscheinungen machten. Ausser den an den bekannten Stellen befindlichen normalen Verjüngungen des Ureters wurden angeborene Drehungen und Klappenbildungen als Ursache proximaler Erweiterungen erwähnt. In erster Linie kommen plastische Operationen in Betracht, bei Eiterinfektion die Nephrektomie.

Rosenfeld (80) beobachtete Mündung des überzähligen Ureters in einen Sack unterhalb der Harnröhre, der eine haarfeine Öffnung besass. Inkontinenz. Der Sack wurde exzidiert, der Ureter auf 3 cm Länge mobilisiert und in die Blase eingepflanzt. Heilung.

Unterberg (89) beobachtete beiderseitige vollständige Ureterverdoppelung bei einer 23jährigen Frau, intra vitam nachgewiesen durch Kystoskopie, Ureterkatheterismus und Röntgendurchleuchtung, sowie durch Farbstoffinjektion in den einen Ureter, nach welcher die Sekretion aus dem anderen Ureter derselben Seite ungefärbt blieb. Die beiderseitigen Doppelnieren gaben verschieden grosse Harnmengen und der Harn der mehr sezernierenden Niere zeigte niedrigeres spezifisches Gewicht, geringere molekulare Konzentration, weniger Chlornatrium und weniger Harnstoff.

Entzündungen. Sugimura (85) glaubt, dass akute und chronische Entzündungen der Blase in den Lymphbahnen des Ureters fortgeleitet werden, und zwar auch so, dass die Entzündung bei gesundem Ureter sprungweise das Nierenbecken erreichen kann.

Stenosen und Erweiterungen. Bode (5) beschreibt einen Fall von für den Finger durchgängiger Blasenscheidenfistel im Trigonum, die bei einer Person, die schon früher wahrscheinlich infolge von Masturbation an Blasenscheidenfistel gelitten hatte und operiert worden war, durch einen in die Scheide wohl schon vor Jahren eingeführten und durch Vernarbungen fixierten Regenschirmgriff mit pilzförmiger 8 cm breiter Anschwellung hervorgerufen worden war. Der Fremdkörper führte zur Kompression und Erweiterung beider Ureteren und der Nierenbecken mit eitriger Infektion. Die Fistel hatte nicht zur Inkontinenz geführt.

Furniss (22) erklärt unter Mitteilung von acht Fällen die Striktur des Ureters für häufiger, als angenommen wird; sie wird häufig, besonders auf der rechten Seite, nicht erkannt, führt zu schweren Nierenstörungen und beruht meistens auf Entzündungsprozessen mit auf- oder absteigender Infektion. Das wichtigste diagnostische Hilfsmittel ist die Pyelographie.

In der Diskussion führt Hunner eine Reihe von Fällen von Ureterstriktur auf Staphylokokkeninfektion von den Tonsillen aus zurück. Bei nahe der Blase sitzenden Strikturen wird die Ureterotomie mit Neueinpflanzung in die Blase empfohlen.

Lohnstein (57) beschreibt drei Fälle von Ureterstriktur, eine traumatisch entstanden durch Fall, eine (doppelseitig) wahrscheinlich durch reflektorische Kontraktion infolge von harnsaurer Diathese und einmal unbekannten Ursprungs. Im ersten Fall wurde die Striktur durch Injektion von Thiosinamin, im zweiten Falle durch Bougierung passierbar; im dritten Falle wurde die Niere wegen Pyelonephritis exstirpiert.

Hirsch (37) fand bei Sektionen von Wöchnerinnen nach Abortus (29 Fälle) nur einmal, bei Tubargravidität (11 Fälle) dreimal geringgradige Erweiterung des Nierenbeckens und der Ureteren, bei an Sepsis nach rechtzeitiger Geburt Gestorbenen dagegen in 28 %, bei Tod an Verblutung in 32,6 %, bei 35 an Eklampsie Gestorbenen in 68,6 % und bei 30 Fällen mit anderen Todesursachen in 30 %. Die Dilatation fand sich erheblich häufiger rechterseits und bei doppelseitiger Erweiterung war sie auf der rechten Seite hochgradiger. Als disponierende Ursachen werden Primiparität, abnorme Kindeslagen, Beckenverengerung und starke Ausdehnung des Leibes angeführt.

Bertelsmann (3) beschreibt einen Fall von zystischer Erweiterung des Endes eines überzähligen Harnleiters, welche sich zeitweilig vor die innere Harnröhrenöffnung vorlegte

und Retention veranlasste, dann aber durch eine feine Öffnung sich entleerte. Die Zyste wurde nach Sectio alta gespalten. Heilung.

Lohnstein (58) spaltete eine Ureterocele mittelst des Loewenhardtschen Spitzbrenners.

Maresch (60) beschreibt hochgradige Dilatation beider Ureteren, als deren Ursache eine kongenitale Faltenbildung an der Blasenmündung der Ureteren angenommen wird, die bei Blasenfüllung klappenartig angedrückt wurde und Rückstauung bewirkte.

Uretersteine. Israel (45) teilt 61 Operationen wegen Uretersteinen mit, von denen 64 % im pelvinen Teil des Ureters sassen und 39 % vaginal oder rektal palpabel waren. Das hauptsächlichste diagnostische Mittel ist die Röntgendurchleuchtung, bei der der ganze Ureter auf die Platte kommen muss; weniger wichtig ist die Sondierung des Ureters, weil ein Stein in einer Aussackung sitzen oder die Sonde den Stein vor sich herschieben kann. Vor falscher Deutung extraureteraler Schatten schützt am sichersten die Einführung einer Wismuthsonde. Vor der Operation ist die Kystoskopie oder Sondierung der Blase geboten, weil der Stein vor der Operation in die Blase gewandert sein kann. Wegen der Häufigkeit doppelseitiger Steine und der Möglichkeit kontralateraler Schmerzempfindung müssen beide Nieren und Ureteren durchleuchtet werden. Als Folgezustände werden genannt: renale Retention und Infektion, akute Pyelonephritis, Perforation des Ureters mit periureteritischer Abszessbildung und Anurie. Operationsindikationen sind länger als 48 Stunden dauernde doppelseitige Anurie mit oder ohne Infektion und akute Pyelonephritis, grosse Steine, die nicht nach abwärts wandern, und fixer dauernder Spontanschmerz. Die Ureterotomie ist, wenn irgend möglich, extraperitoneal, bei juxtavesikalen Steinen vaginal auszuführen, bei intraparietalen Steinen mittelst Sectio alta. Bei exakter Längsinzision heilt der Ureter auch ohne Naht. Nähte sind nur paramukös mit feinstem Catgut anzulegen, darüber kann das periureterale Fettgewebe genäht werden. Bei dünnwandigem Ureter wird gar nicht genäht oder nur das periureterale Fett- und Bindegewebe vereinigt. Dauerkatheter sollen vermieden werden. Zur bequemen Nahtanlegung können juxtavesikale Steine nierenwärts verlagert werden, ferner können lumbo-iliakale Steine ins Nierenbecken verschoben und dort durch Nephro- oder Pyelotomie entfernt werden. Bei irreparablen Veränderungen der Nieren, Pyonephrose mit ausgedehnter Steinbildung und pyelonephritischen Abszessen ist die Nephrektomie angezeigt, jedoch müssen zugleich die Uretersteine entfernt werden, weil Koliken oder Harnleiterempyem entstehen können. Bei Perforation des Ureters mit Abszessbildung, bei Empyem und ausgedehnter Inkrustation des Ureters ist die Nephroureterektomie auszuführen. Von 53 Operierten starben zwei, von 27 unkomplizierten Ureterolithotomien keiner.

Frenkel (20) betont die Schwierigkeiten der Diagnose des Durchbruchs von Steinen aus dem Ureter, wobei ausser der Kystoskopie, dem Ureterkatheterismus und der Radiographie besonders auf das plötzliche Aufhören der Obstruktion ohne Abgang eines Steines und auf das Auftreten einer perinephralen oder periureteritischen Phlegmone das Hauptgewicht gelegt wird. Zur Prophylaxe soll jeder Ureterstein, dessen Spontanausstossung nicht vor sich geht, durch Ureterotomie entfernt werden. Drei neue Fälle und 23 Fälle aus der Literatur.

Busi (9) verlangt bei Uretersteinen die Darstellung der Harnleiter im ganzen Verlauf, im Mittelstück und an den Mündungen in fünf Aufnahmen. Die Schatten müssen nach Lage und Form Steinen entsprechen. Durch Kollargolinjektion (3—5 %) und Kombination mit kystoskopischer und stereoskopischer Röntgenographie wird die Diagnose erleichtert.

Kutner (51) empfiehlt bei Uretersteinen die Injektion von sterilem Vaselinöl durch einen bis hinter den Stein vorgeschobenen Katheter.

Lewis (55) tritt bei intramural sitzenden Uretersteinen für die Extraktion auf kystoskopischem Wege ein, wozu er eine Anzahl Instrumente beschreibt und abbildet.

Herczel (36) verlangt bei Uretersteinen die Röntgenaufnahme des ganzen Ureters und der Niere und teilt zwei durch Ureterotomie geheilte Fälle mit. In der Diskussion berichtet Illyès über einen, B. Rihmer über zwei weitere Fälle und Weiss beobachtete Mobilisierung und Ausstossung eines Steines nach Glyzerininjektion.

Sigwart (82) resezierte in einem Falle von Karzinomexstirpation den aus den Karzinommassen ausgeschälten Ureter, der einen bohnengrossen Stein enthielt und pflanzte ihn in die Blase ein, weil die Ureterotomie wenig Aussicht versprach. Die Funktion des Ureters blieb verlangsamt. Die an den Ureter angelegten Seidenzügel mussten im Kystoskop entfernt werden, weil sie in die Blase zurückgeschlüpft waren. In der Diskussion empfiehlt Mackenrodt zur Eröffnung der Blase sein Troikarstilett, Bumm macht die Öffnung

stumpf und möglichst klein und Gerstenberg schlitzt den Ureter und führt die an die zwei Lappen gelegten Fäden von innen nach aussen durch die Blasenwand durch.

Thomas (86) teilt 17 Fälle von Uretersteinen mit, alle mit Schmerzen verlaufend, jedoch nur 11 mit intermittierenden Koliken, 10 mit Hämaturien. Zur Entfernung wird die iliakale Ureterotomie empfohlen.

Ureterverlagerungen und -Verletzungen. Schindler (c. 8, 23) erwähnt einen Fall von kindlicher Leistenhernie mit dem Ureter im Bruchsack.

Wertheim (95) beobachtete Ureterverletzung bei Abortausräumung mittelst Löffelzange mit Uterusperforation. Der Ureter war aus dem Nierenbecken vollkommen ausgerissen, so dass die Niere exstirpiert werden musste.

Noack (c. 9. 18) fand unter 117 Freund-Wertheimschen Uterusexstirpationen der Würzburger Klinik zwei Anschlitzungen und zwei quere Durchtrennungen des Ureters. In den ersteren Fällen wurde die Wunde genäht, einmal wurden die Ureterenden durch Invagination vereinigt und einmal der Ureter in die Blase eingepflanzt (Fistelbildung, Pyelonephritis, Exitus). In zwei Fällen kam es durch Ureternekrose zu postoperativen Ureterfisteln, die sich spontan schlossen.

Klauber (49) beobachtete nach Abtreibeversuch mittelst einer mit langem Ansatzrohr versehenen Spritze Durchbohrung der hinteren Uteruswand und Eindringen ins Parametrium, wo der Ureter quer durchrissen wurde. Beide Nieren waren chronisch parenchymatös erkrankt, die rechte funktionslos. Der Harn aus dem durchrissenen Ureter entleerte sich in die Bauchhöhle. Exitus.

Ureterchirurgie. Frank (19) verwirft bei Blasenausschaltung und Totalexstirpation die intestinalen Einpflanzungsmethoden und befürwortet die Einpflanzung in die Haut (drei Fälle).

Borsuk (6) berichtet über zwei Fälle von Ureterverletzungen, einmal bei vaginaler Karzinomexstirpation und einmal bei Laparotomie wegen Hämatometra und Scheidenmangel. Im ersten Fall Spontanheilung der Fistel, im zweiten Vereinigung durch Invagination und Entstehung einer Fistel, die sich spontan schloss.

Proust und Buquet (74) invaginierten das proximale Ende eines bei Myomektomie durchschnittenen Ureters nach Aussenstülpung der Schleimhaut und Durchführung von vier Catgutfäden durch die innere und durch die umgekrempelte Schleimhaut in das etwas gespaltene distale Ende, durch das die acht Fadenenden von innen nach aussen durchgeführt und aussen geknotet wurden. Darüber seroseröse Naht nach Innenstülpung des oberen Randes des distalen Endes. Heilung nach vorübergehender Pyelonephritis.

Richter (78) empfiehlt die Ureterimplantation in die Blase nach Sampson und teilt drei Fälle mit, zwei nach Uterusexstirpation wegen Karzinoms und einen nach Uterusruptur und Porro.

Grammatikati und Tichow (32) fanden nach Transplantation der Ureteren in den Darm (nach Uteruskarzinomoperation) unter 12 Fällen zwei Todesfälle, unter 18 Fällen von Exstirpation oder Resektion der Blase 10 Todesfälle. In der Diskussion erklärt v. Ott die Resultate der Uretereinpflanzung in das Rektum für schlecht wegen der Gefahr der Infektion.

Lastraria (52) verleibte nicht die ganze die Uretermündung tragende Darmwand, sondern nur ein Stück Mukosa mit Submukosa dem Anus ein.

Chiasserini (12) vermochte durch Einpflanzung von Gefässstücken in den Ureter die Kontinuität des Ureters herzustellen, aber das Gefässstück verkürzte sich und schrumpfte, indem es durch Bindegewebe ersetzt wurde, so dass Stenose eintrat, die bei Einlegung eines Dauerkatheters etwas vermindert wurde. Die Niere wurde sklerotisch und hydronephrotisch.

Jianu (39) ersetzte ein bei Uterusexstirpation wegen Karzinoms reseziertes 6 cm langes Stück des Harnleiters durch die in ihrem Bette liegende, also unter normalen Ernährungsbedingungen stehende Arteria hypogastrica, in deren umgestülpte Enden die Ureterenenden befestigt wurden. Der Verlauf der Operation war günstig, über die spätere Funktion des eingepflanzten Gefässstückes wird noch nichts mitgeteilt.

Kennedy (47) versuchte mit Erfolg die Transplantation nicht nur des rechten, sondern auch des linken Ureters in die Appendix an Leichen und an Hunden.

Melnikoff (64) versuchte an Hunden den Ureter partiell durch eine ausgeschaltete Dünndarmschlinge zu ersetzen, jedoch scheinen die Resultate dieser Tierversuche keineswegs ermutigend, besonders wegen der Knickung der eingepflanzten Darmschlinge und der Harnstauung.

Neubildungen. Chevassu und Mock (11) beschreiben ein olivengrosses primäres Epitheliom des Ureters, das Blutungen bewirkt hatte und erst aufgesucht wurde, nachdem sich bei Explorativschnitt die Niere frei von Neubildung gefunden hatte. Nephro-Ureterektomie, Heilung.

Delbet (14) beschreibt ein primäres Epitheliom des Ureters, das Hämaturien veranlasste. Der Ureterkatheter stiess 15 cm oberhalb der Blase auf ein Hindernis.

Loewenstein (56) beschreibt einen Fall von malignen Papillomen des linken Ureters bei einer 56jährigen Frau; die hydronephrotische linke Niere wurde zugleich mit einem grossen Milztunmor exstirpiert.

Ledommski, (g. 5, 45) entfernte ein Fibrolipom des Ureters bei gleichzeitiger Nephrektomie.

f) Harngenitalfisteln.

1. Harnröhrenscheidenfisteln.

1. Bogoras, Die einfachste Methode der operativen Behandlung der Harninkontinenz bei Defekten des Blasenhalses und der Urethra. Journ. akusch. i shensk. boles. März. (In schweren Fällen von Blasenfisteln mit Zerstörung des Blasenhalses und der Urethra rät Bogoras, den Rest des Blasenhalses in der Breite von 2—3 cm rundherum abzuseparieren, darauf diesen 270—360 ° zu rotieren und ihn so an die umgebenden Gewebe zu fixieren. Das ist möglich, wenn der Zutritt zu der Fistelöffnung einigermassen möglich ist, wenn die hintere Blasenwand, wenn auch nur bis zur Hälfte des Trigonum Lieutaudii erhalten ist und wenn die umgebende Narbenmasse überhaupt das Separieren gestattet. Beschreibung eines Falles mit günstigem Resultat.) (H. Jentter.)
2. *Luys, G., Un cas de fistule urétro-vésico-vaginale. Revue de Gyn. et de Chir. abdom. Bd. 18. p. 307.
3. *Marion, G., De la dérivation de l'urine dans les opérations sur l'urètre. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris. Bd. 38. p. 212.
4. *Morestin, Gangrène génitale d'origine dystocique. Soc. de Chir. Sitzg. vom 14. Febr. Gaz. des Hôp. Bd. 85. p. 280.
5. *Potel, Gangrène d'origine dystocique; large destruction des cloisons vésico- et recto-vaginales; réparation à une séance; guérison. Soc. de Chir. Paris. Sitzg. vom 14. Febr. Presse méd. Nr. 15. p. 158 u. La Gyn. Bd. 16. Nr. 6.
6. *Schütze, Irreparable Ruptur der Urethra post symphyseotomiam. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 25. Nov. 1911. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 101.
7. *Taussig, F. J., Surgery of female urethra. Journ. of Missouri State Med. Assoc. Bd. 9. Nr. 5.
8. *Vogelsberger, Zur Kasuistik und Genese der traumatischen Verletzungen der weichen Geburtswege. Arch. f. Gyn. Bd. 97. p. 474.

Guldjoglu (b. 43) empfiehlt bei Zerstörung der Harnröhre bei der Geburt in erster Linie die Verwendung der vorhandenen Kanalreste zur Wiederherstellung der Urethra, und wenn dies nicht möglich ist, die Neuherstellung der Urethra durch plastische Operation, und zwar am besten durch Formierung eines Kanals aus dem Septum urethro-vaginale und Lagerung des neugebildeten Kanals in einen subpubischen Tunnel oder die Neubildung eines Kanals aus vulvovaginalen Lappen.

Taussig (7) empfiehlt bei Operationen an der Harnröhre die temporäre Anlegung einer Blasenscheidenfistel, die Schaffung einer festen Levatorstütze durch Nähte, die Kräftigung des Sphinkters durch Vereinigung der umgebenden Gewebe des Ligamentum triangulare und eventuell die Bildung einer neuen Harnröhre durch Lappen aus Vaginal- und Vestibularschleimhaut.

Marion (3) verwirft bei plastischen Operationen an der Urethra den Dauerkatheter und empfiehlt statt dessen zur Ableitung des Harns die Kystostomie.

Luys (2) beschreibt eine nach Zangenoperation entstandene Blasenhalsscheidenfistel, von welcher aus ein zweiter fistulöser Verbindungsgang in die Urethra abging. Anfrischung mit Entspannungsschnitt. Heilung.

Morestin (4) löste in einem Falle von enormer Blasenscheiden-Harnröhrenfistel mit Mastdarmscheidenfistel die Vorderwand der Blase ab und konnte dann den Defekt von

beiden Seiten her unter Herabziehen und Aufnähen des Uterusrestes zum Verschluss bringen. Der Urethralrest wurde mit der Blase vereinigt. Eine kleine zurückbleibende Blasenscheidenfistel wurde später zum Verschluss gebracht.

Potel (5) beschreibt ausgedehnte gangränöse Zerstörung der Urethra und hinteren Blasenwand, der Scheide, fast des ganzen Uterus und der vorderen Rektumwand nach Geburt in Steisslage. Die Blase konnte durch ausgedehnte Ablösung unter Zuhilfenahme des Uterusrestes bis auf eine kleine Fistel zum Schluss gebracht werden, ebenso das Rektum. Heilung mit Continentia alvi, zeitweise kontinenter Blase und Möglichkeit der Kohabitation.

Schütze (6) beobachtete nach Symphyseotomie vollständiges Fehlen der Vorderwand der Harnröhre und Ersatz durch Narbengewebe, Fehlen der Hinterwand bis auf einen schmalen Streifen und Verlust des Sphinkters. Fünf Operationen blieben erfolglos in bezug auf Wiederherstellung der Kontinenz. Von weiterer Operation muss abgesehen werden. In der Diskussion teilt E. Schröder drei Fälle von vesikovaginaler Interposition des Uterus mit zwei Erfolgen, aber einem nur teilweisen Erfolg mit und erklärt die nach Beckenspaltung auftretenden Harnröhrenverletzungen für die schwersten.

Vogelsberger (8) beschreibt vier Fälle von Abreissung der Harnröhre, zwei durch feste Scheiden-, bezw. Cervixtamponade und zwei nach Hebosteotomie, in deren einem ebenfalls eine feste Scheidentamponade ausgeführt worden war. In zwei Fällen war die Harnröhre im vordersten Teil, in einem im mittleren Drittel und in einem nahe dem Blasenhalse quer durchrissen. In einem Falle wurde der Riss sofort vereinigt, in zwei wurde eine Urethralplastik ausgeführt, einmal mit Kontinenz trotz fortbestehender kleiner granulierender Öffnung, einmal ohne Erfolg wegen nekrotischer Abstossung des angenähten Ringes.

2. Blasenscheidenfisteln.

1. *Beckmann, W., Zur Technik der Blasenscheidenfisteloperationen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. p. 120.
2. *Brandão-Filho, A., Ureter-Dauerkatheter bei Behandlung der Blasenscheidenfisteln. Rev. de med. Rio de Janeiro. 1911. 15. Nov. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 1. p. 442.
3. Butler-Smythe, A. C., A vaginal pessary retained for twenty-nine years. Lancet. Bd. 1. p. 575. (Durchbruch des Pessars in die Blase mit ausgedehnter Steinbildung, Cystitis und Blasenscheidenfistel und starker Narbenverengerung der Scheide.)
4. Chevassu, Suture par voie sus-pubienne transvésicale d'une fistule vésico-vaginale rebelle; guérison. Bull. de la Soc. de Chir. Nr. 5. p. 183. (Die Fistel war nach vaginaler Uterusexstirpation entstanden.)
5. *Chevreau, A., Des fistules urinaires vaginales consécutives à l'hystérectomie abdominale avec évidement pelvien pour cancer utérin et de leur traitement par le colpocléisis éléve. Thèse de Lyon. 1910/11. Nr. 116.
6. Conklin, A., Vesicovaginal fistula; report of five cases. Illinois Med. Journ. Bd. 20. Nr. 6.
7. Dobrowolski, S., Über die Ergebnisse der Harnfisteloperationen. Verhandl. der Poln. Naturforscher-Versamml. 1911. Przeglad Lekarski. Nr. 18. p. 343. (Polnisch.) (Binnen der letzten drei Jahre 19 Harnfisteln behandelt mit 18 Heilungen [12 nach einmaligem Eingriffe, sechs nach zweimaligem Operieren]; eine Kranke blieb ungeheilt. Verf. schildert sein Operationsverfahren, Vor- und Nachbehandlung.) (v. Neugebauer.)
8. *Gourvitsch, La chirurgie vésicale des fistules vésico-vaginales. Thèse de Paris. 1911/12. Nr. 252.
9. *Hartmann, Du traitement des fistules vésico-vaginales consécutives à l'hystérectomie totale. Soc. de Chir. Paris. Sitzg. vom 7. Febr. Presse méd. Nr. 13. p. 139.
10. *Jeannin, De la cure chirurgicale des larges fistules vésico-vaginales consécutives à la pubiotomie. Soc. d'Obst. de Paris. Sitzg. vom 27. April 1911. Annales de Gyn. 2. Serie. Bd. 9. p. 244.
11. Kelly, H. A., The history of vesicovaginal fistula. Amer. Gyn. Soc. Amer. Journ. of Obst. Bd. 66. p. 442. (Historische Entwickelung der Fisteloperation.)
12. *Mackenrodt, Uterusmyome. Berl. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 28. Okt. 1910. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 68. p. 183.
13. *Mansfeld, O., Transkondomoskopie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Ergänzungsheft. p. 174 u. VI. Internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1328.

14. *Michon, Fistule vésico-vaginale traitée et guérie par la voie sus-pubienne. Soc. de Chir. Sitzg. vom 31. Jan. Gaz. des Hôp. Bd. 85. p. 204.
15. Morse, Pubiotomy in a face presentation. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 14. p. 155. (Blasenscheidenfistel nach Hebosteotomie, Spontanheilung.)
16. Natanson, Demonstration von Präparaten. Przegl. chir. i gin. Bd. 5. p. 120. (Eine Blasenscheidenfistel nach Myomenukleation.)
17. v. Neugebauer, Fall von puerperaler Blasenscheidenfistel bei einfach plattem Becken, operativ beseitigt. Oberrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 28. April. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 17. p. 381. (Zugleich Hypertrichosis lumbosacralis und Spina bifida occulta.)
18. Pollosson, Heilung einer Blasenscheidenfistel bei einer Frau von 80 Jahren. Lyon. méd. Nr. 42. (Durchbohrung des Blasenscheidenseptums durch ein selbsteingeführtes Pessarium, das schliesslich zur Hälfte in der Blase lag; trotz ausgedehnter Narbenbildung und Eiterung wurde operative Heilung erzielt.)
19. Tédenat und J. Delmas, Über Vesikovaginalfisteln. Prov. méd. Nr. 42. (Acht operierte Fälle.)
20. *Tcherkinsky, V., Contribution à l'étude des fistules vésico-vaginales observées à la maternité de Genève de 1898—1909.
21. Viannay, Fistule vésico-vaginale haute coïncident avec une déchirure de la lèvre antérieure du col; guérison en une seule sécance opératoire. Soc. des sciences méd. de St. Etienne. Sitzg. vom 19. Juni. Presse méd. Nr. 72. p. 735. (Die Operation bestand in Ablösung der Blasenwand von der vollständig gespaltenen Vorderwand der Cervix, Vereinigung der Blasenränder und der Cervix und schliesslich Naht der verkleinerten und angefrischten Blasenscheidenfistel.)

Mansfeld (13) empfiehlt, um bei Blasenfisteln die Kystoskopie zu ermöglichen, die Einführung und Füllung eines dünnen, durchsichtigen Condoms in die Blase; unter Durchstossen des Condoms ist auch der aseptische Ureterkatheterismus ermöglicht.

Brandâo-Filho (2) empfiehlt während der Operation grosser Blasenscheidenfisteln und zur Nachbehandlung die Einlegung von Dauerkathetern in die Ureteren.

Beckmann (1) bezeichnet bei Blasenscheidenfisteln die tiefe Ablösung der Blasen- von der Scheidenwand nach Spaltung der Fistelränder und die gesonderte Vernähung der Blasen- und der Scheidenwand als Methode der Wahl. Modifiziert wird die Methode bei sehr verdünnter Blasenwand durch Anlegung von Lembert-Nähten in zwei Etagen, ferner bei Fisteln im Scheidengewölbe mit teilweiser narbiger Verdünnung die Kombination der Fistelränderspaltung mit partieller Anfrischung und die Vernähung des hinaufgezogenen unteren Randes der Blasenöffnung mit der Cervix, endlich bei unbeweglicher Umgebung der Fistel die Durchtrennung des Periosts der Schambeine und die Ablösung des Periosts. Die Deckung der Fisteln mit transplantierten Lappen ist selten von Erfolg. Bei starker Narbenstenose der Scheide oberhalb der Fistel werden die Narbenmassen durchschnitten und durch Dislokation der Portio und des oberen Scheidenabschnittes nach unten die Fistelränder zugänglich gemacht. Bei narbiger Verwachsung der Harnröhre wird mit halbscharfer Sonde die Verwachsung durchbohrt und der Kanal mit Hegarschen Dilatatoren erweitert. Noch grössere Zerstörung der Urethra erfordert die Vereinigung von Muskelbündeln zu einer Gewebsbrücke. In den schwersten Fällen von Septum- und Urethraldefekt wird die Operation von Wolkowitsch-Küstner mit möglichst niedriger Fixation der Cervix am Periost der Symphyse empfohlen. Die Nachbehandlung besteht in Katheterdrainage der Blase.

Gourvitsch (8) empfiehlt bei enger Scheide, fixierten Fistelrändern, Komplikationen von seiten der Blase (Steine, Polypen) und nach vergeblichen vaginalen Operationsversuchen die Operation der Blasenscheidenfisteln nach Trendelenburg von der Blase aus. Nach Sectio alta und Feststellung der Beziehungen der Fistel zum Ureter wird die Fistel freigelegt Blasen- und Scheidenwand von einander getrennt, dann zuerst der Scheidendefekt und schliesslich die Blasenwand mittelst Catgutnähten vereinigt. Bei unmittelbarer Nähe des Ureters wird es notwendig, den Ureter zu isolieren und neu in die Blase einzupflanzen. Die Hautblasenwunde wird geschlossen oder die Blase offen gelassen und drainiert. Von 25 in der Klinik von Chevassu so operierten Fällen wurden 15 geheilt, 7 gebessert und 3 blieben ungeheilt, teils wegen fehlerhafter Technik, teils wegen schlechten Zustandes der Blasenwandungen.

Hartmann (9) bewirkt durch ausgiebige Spaltung der Scheidenwand, dass die nach Uterusexstirpation entstandenen Blasenscheidenfisteln zugänglich werden und operiert dann nach Braquehaye, indem er den Fistelrand zirkulär umschneidet und durch Loslösung

der Vaginal- von der Blasenwand eine Manschette bildet, die mit ihrer Schleimhautfläche nach der Blase zu umgeklappt wird. Hierauf Schluss der Öffnung und Etagennaht. Drei Fälle wurden in dieser Weise zum Schluss gebracht.

Jeannin (10) beschreibt zwei Fälle von Blasenscheidenfisteln nach Hebosteotomie, in welchen der Harn sowohl durch die Scheide, als durch die Hautwunde ausfloss. Die Hautfistel schloss sich von selbst, die grosse Vaginalfistel konnte, weil sie vollständig fixiert war, nur durch Einschnitt unterhalb der Fistel und Bildung seitlicher und unterer Lappen gedeckt werden.

Mackenrodt (12) überdeckte in einem Falle von grosser Blasenscheidenfistel, bei der auf andere Art die Deckung über der genähten Blasenschleimhaut nicht gelang, durch Aufnähen Netz und erzielte dadurch Heilung und Kontinenz.

Michon (14) führte bei einer Blasenscheidenfistel, die durch einen hinter dem Ureter sitzenden Beckenabszess entstanden war, wegen narbiger Verengerung der Scheide die Operation nach suprapubischer Eröffnung der Blase aus und empfiehlt diesen Weg bei hochfixierten Fisteln und Atresie der Scheide. Marion (Diskussion) erwähnt einen gleichen Fall und Segond eine auf paravesikalem Wege zum Schluss gebrachte Fistel.

Tcherkinsky (20) beschreibt 23 im Zeitraum von 10 Jahren an der Genfer Klinik beobachtete Blasenscheidenfisteln, von denen der grösste Teil (11 Fälle) karzinomatösen Ursprungs, oder nach Entbindung, besonders mit der Zange (10 Fälle) entstanden war; der kleinste Teil (zwei Fälle) war nach Operationen entstanden. Als beste Behandlung grosser und alter Fisteln wird die Ablösung der Blasen- von der Scheidenwand und die getrennte Vernähung beider angegeben.

Chevreau (5) befürwortet an der Hand eines mitgeteilten Falles bei nach Wertheimscher Karzinomexstiraption entstandenen Blasenscheidenfisteln die hohe Kolpokleisis, jedoch mindestens sechs Monate nach der Operation, wenn bis dahin kein Rezidiv aufgetreten ist.

Holzbach (c. 6. 28) erwähnt das häufige Vorkommen von Blasenscheidenfisteln durch vernachlässigte Pessare.

3. Blasen-Uterus-Fisteln.

1. *Rosner, Menstruatio per vesicam. Gyn. Ges. Krakau. Sitzg. vom 26. März. Gyn. Rundschau. Bd. 6. p. 623.
2. Ward, Ch. E., Verschluss einer Blasen-Uterus-Scheidenfistel. Amer. Journ. of Derm. and gen.-ur. Disease. Bd. 16. p. 233. (Nach Zangenentbindung entstanden. Herabziehen des Uterus, Spaltung der Cervix, Anfrischung und Lembert-Nähte zuerst durch die Blasenwand, dann durch Scheide und Cervix.)
3. *Young, E. B., Three cases of utero-vesico-vaginal fistula. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 167. p. 580.

Rosner (1) beobachtete Durchbruch einer Haematometra cervicalis in die Blase mit doppelter Fistelbildung und Menstruation in die Blase.

Young (3) beschreibt drei Fälle von ausgedehnten Blasenscheidenfisteln, von welchen sich eine bis hoch gegen den Fundus uteri, eine bis über den inneren Muttermund und eine bis an den inneren Muttermund erstreckte. In einem Falle war auch der proximale Teil der Harnröhre zerrissen. Alle Fälle entstanden nach instrumenteller Entbindung. Die Operation bestand in Trennung der Uterus- und Scheidenwand von der Blase und Vernähung. In allen Fällen gelang der Schluss der Fistel.

4. Ureter-Scheidenfisteln.

1. *Abadie, J., Fistule urétérale; urétérocystonéostomie, guérison. Annales de Gyn. 2. Serie. Bd. 9. p. 139.
2. *Adrian, C., Zur Diagnose der Harnleiterfisteln. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 565.
3. Franz, Kystoskopische Demonstration eines implantierten Ureters. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. vom 10. Nov. 1911. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. p. 668. (Implantation nach Ureterfistel, gute Funktion.)
4. Sherwood, W. A., The prevention and treatment of ureteral fistula, with report of a recent case. Med. Assoc. of the Greates City of New York. Sitzg. vom 5. Febr. New York Med. Journ. Bd. 95. p. 902.

5. *Violet, H., und J. Murard, Le traitement par le colpocleïsis élevé des fistules urinaires vaginales consécutives à l'hystérectomie abdominale avec évidement pelvien pour cancer utérin. Lyon chir. Bd. 8. p. 144.

Adrian (2) schlägt in Fällen von schwer nachweisbaren Ureterfisteln eine aus direkten und indirekten Methoden kombinierte Art des Nachweises unter Benützung von Farbstoffen vor, die bei verschiedener Reaktion deutlich erkennbare Färbungsunterschiede liefern. Wenn Neutralrot (0,01) intramuskulär eingespritzt wird, die Blase mit 200 ccm 2 %iger doppelkohlensaurer Natronlösung gefüllt und ein saurer Tampon (Essigsäure oder saures phosphorsaures Natrium) durch die vorher gereinigte Scheide an die Fistelstelle eingedrückt wird, so wird der Blasenharn gelblich bis safrangelb, der Fistelharn fleichwasserfarben bis tief kirschrot gefärbt; bei Benützung von Phenolsulfonephthalein wird die Blase mit 200 ccm 0,5 %iger Essigsäure gefüllt (gelbe bis orangegelbe Färbung) und gegen die Fistel ein alkalischer Tampon (intensiv rote Färbung) gedrückt. Bei der Benützung von Neutralrot kann der Harn auch durch Einnehmen von doppelkohlensaurem Natrium vorher alkalisch gemacht werden. Das den Untersuchungen zugrunde liegende Material besteht aus 13 Fistelfällen, nämlich zwei kongenitalen durch Ureterverdoppelung, acht durch abdominale und einen durch vaginale Eingriffe entstandene und eine geburtshilfliche Ureterscheidenfistel (nach Zangenoperation und Cervixriss), darunter zwei doppelseitige, zwei mit Harnleiterbauchfisteln komplizierte und eine isolierte Harnleiterbauchdeckenfistel. Neun erworbene Fisteln heilten spontan, in drei Fällen wurden plastische und zweimal Nierenoperationen ausgeführt.

Violet und Murard (5) empfehlen die Operation von Blasenscheidenureterfisteln, weil sie sich von selbst schliessen können, nicht vor sechs Monaten zu operieren. Sie treten für hohe Kolpokleisis — Zirkulärschnitt durch die Scheidenwand, Manschettenbildung und Vernähung der Lappen — ein.

Abadie (1) beschreibt eine Ureterscheidenfistel infolge von Nekrose des Ureters nach abdominaler Karzinomexstirpation; intraperitoneale Einpflanzung des geschlitzten Ureterendes in die Blase und Fixation der beiden Lappen in die Blasenwand mittelst Durchführen der Nähte von innen nach aussen. Heilung mit guter Funktion des Ureters.

Siehe ferner Ureterverletzungen und Ureterchirurgie.

---

g) Chirurgische Erkrankungen der Nieren.

1. Anatomie, normale und pathologische Physiologie.

1. *van Cappellen, Experimenteller Beitrag zur Nephrotomie. Holl. Ges. f. Chir. Sitzg. vom 4. Dez. 1910. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 995.
2. *Chalier, Anomalies des artères rénales et du bassinet. Lyon méd. 1911. Nr. 40.
3. *Evans, F. A., H. M. N. Wynne und G. W. Whipple, Reflex albuminuria; renal albuminuria secondary to irritation of urinary bladder. John Hopkins Hosp. Bull. Bd. 23. Nr. 260.
4. *Falcone, R., Über Nierenschädigung als Folge eines Traumas der anderen Niere. Fol. urol. Bd. 7. p. 26.
5. *Goldmann, E., Zur Frage der rückläufigen Bewegungen in röhrenförmigen Gangsystemen. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. Nr. 12.
6. *Habercorn, Rückstauung des Harns. Ärzteverein Budapest, chir. Sektion. Sitzg. vom 26. Jan. Wiener med. Wochenschr. Bd. 62. p. 280.
7. *Hagner, F. R., Regurgitation of fluid from bladder to kidney during ureteral katheterization. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 15. p. 4.
8. *Hauch, Die Arterien der gesunden und kranken Niere. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Chir. 41. Kongr. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. Kongressbeil. p. 77.
9. *Israel, W., Über Neoanastomose zwischen Vena renalis und Vena cava. Berl. Ges. f. Chir. Sitzg. vom 9. Dez. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 275.
10. Klopper, Z. D., Die normale Niere und ihre Anomalien. Amer. Journ. of Dermat. and gen.-ur. Diseases. Bd. 16. p. 61. (Übersicht über abnorme Gefässe, Mesonephronbildung, Einzelnieren und Fusion.)
11. *L'Esperance, O. R. T., The excretion of formaldehyde by the kidneys of patients taking urotropin; a study of Burnams test. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 167. p. 577.

12. *Mc Crudden, F. H., Der Einfluss der Chloroformnarkose auf das Herz des nephrektomierten Kaninchens. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. Bd. 68. p. 160.
13. *Marinacci, S., Ricerche sperimentali sulle variazioni della funzionalità renale nelle nefropatie unilaterali. Il Policlinico. 1911. Nr. 4.
14. *Mosler, E., Über Blutdrucksteigerung nach doppelseitiger Nierenexstirpation. Zeitschrift f. klin. Med. Bd. 74. Heft 3/4.
15. *Pari, Urämie. Gazz. degli osped. e d. clin. Nr. 82.
16. *Perrin, E. J. C., Greffes vasculaires et transplantation du rein. Thèse de Lyon. 1910/11. Nr. 118.
17. *Poggiolini, A., L'influenza della nefrectomia unilaterale sull' indice opsonico, rispetto ai germi pyogeni. Policlinico. Bd. 19. Sez. chir. Nr. 3.
18. *Ritter, Die Folgen der Unterbindung der Nierenvene in experimenteller und therapeutischer Hinsicht. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Chir. 41. Kongr. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. Kongressbeil. p. 73.
18a. Spassokukotzky, Zur Pathologie und Chirurgie der Nierenkrankheiten. Wratsch. Gaz. Nr. 18. Sitzungsber. d. San.-Ges. zu Ssaratow. (H. Jentter.)
19. Stoerck, O., Beitrag zur Nierenpathologie. Deutsche path. Ges. XV. Tagung. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 1063 u. Wiener med. Wochenschr. Bd. 62. p. 773. (Die Arterien der Nierenrinde haben keine Anastomosen untereinander.)
20. *Tilp, A., Über die Regenerationsvorgänge in den Nieren des Menschen. Jena, Fischer.
21. *Unterberg, H., Die Aktionsfähigkeit der Nieren in einem Falle von vollkommen doppeltem Ureter auf einer Seite. Budapesti Ujság. 1911. Nr. 1. Séleszet. Ref. Zeitschrift f. Urol. Bd. 6. p. 532.
22. *Wildbolz, H., Experimentelle Studie über die Widerstandsfähigkeit Einnieriger gegen Gifte. Fol. urol. Bd. 6. p. 509.
23. Wieszeniewski, W. v., Veränderungen nach temporärem Verschluss der Nierenarterie. Zieglers Beitr. z. path. Anat. u. Allg. Path. Bd. 53. Heft 1. (Weist Veränderungen degenerativer Natur an den Nierenepithelien nach Verschluss der Arterie nach.)
24. *Wolff, E., Zur Morphologie und Topographie der Niere. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 97.

Wolff (24) beschreibt 16 Nieren nach Form und Grösse, nachdem das Gefässsystem mit Formalin injiziert war, besonders in bezug auf Gestalt und Grösse des Beckens und der Kelche, unter Mitteilung genauer Messungen.

Hauch (8) wies an Tierversuchen nach, dass nach Dekapsulation gesunder Nieren eine Neubildung von Gefässen und Blutversorgung von aussen her nicht stattfindet. Durch geeignete Injektion der Gefässe liessen sich röntgenographisch ausgezeichnete Gefässbilder gewinnen.

Chalier (2) beschreibt einen Fall von beiderseits vier selbständigen Nierenarterien; die linke Niere war grösser, hatte den Hilus vorne und ein mächtiges fünfteiliges Nierenbecken.

Unterberg (21) fand bei einseitiger vollkommener Ureterverdoppelung, dass die beiden Nierenteile an Menge und Qualität verschiedenen Harn absondern; dagegen stimmte die Sekretion beider Abschnitte mit dem Harn der anderen Seite überein.

L'Esperance (11) fand Formaldehydausscheidung im Harn, eine Stunde nach Urotropingebrauch beginnend, nach zwei Stunden das Maximum erreichend und 4½—6 Stunden dauernd; um ununterbrochene Formaldehydausscheidung zu erreichen, muss die Dosis demnach alle vier Stunden wiederholt werden. Die Ausscheidung ging bei alkalischer Reaktion ebenso vor sich, wie bei saurer.

Hagner (7) konnte bei Nierentuberkulose, Nierensteinen und Pyelitis in vier Fällen während des Ureterkatheterismus ein Zurückströmen von Blaseninhalt nach dem Nierenbecken beobachten; also stets bei entzündlichen oder narbigen Veränderungen an den Ureteren, wenn klappenartiger Verschluss des Ureterostiums angenommen werden kann. In diesem Falle strömt aus dem Ureterkatheter ununterbrochen Flüssigkeit aus, so dass die irrtümliche Annahme der Entleerung einer Hydro- oder Pyonephrose möglich ist.

Habercorn (6) beobachtete nach Nephrektomie Ausfluss des in der Blase zurückgestauten Harns aus der Lumbalwunde und sieht darin einen Beweis für die Möglichkeit aszendierender Infektion.

Goldmann (5) nimmt auch für die Harnwege die Möglichkeit rückläufiger Sekretbewegungen an, die für die Entstehung von Konkretionen und für aufsteigende Infektion von Bedeutung werden können.

Tilp (20) untersuchte die Regenerationsvorgänge in den Nieren sowohl bei Herd-, als bei diffusen Erkrankungen und beschreibt besonders die Regenerationsvorgänge und die Glomerulusbildungen bei Nierenadenomen. Die Regenerationsvorgänge erfahren im Alter und durch septisch-pyämische Allgemeinerkrankungen eine Hemmung. Die Nierenadenome sind zum Teil durch Regeneration veranlasst.

Perrin (16) bespricht die Frage der Gefäss- und Nierentransplantation und kommt bezüglich der letzteren zu dem Schlusse, dass die Autotransplantation (Transplantation der eigenen Niere des Versuchstieres) Dauerresultate zu erzielen vermag, die Homotransplantation (Transplantation einer Niere der gleichen Art) dagegen zwar Überleben des Versuchstieres und wie es scheint normale Funktion, aber bisher noch kein Dauerresultat bewirkt hat; die Heterotransplantation (Transplantation einer Niere einer anderen Tierart) hat dagegen noch keine günstigen Resultate ergeben.

Ritter (18) fand nach Unterbindung der Nierenvene eine starke Stauung und Anschwellung des Organs und dann eine allmähliche Rückbildung, die nach 1—2 Monaten ihren Höhepunkt erreicht, wobei die Niere sich auf ein Drittel verkleinert. Zugleich kommt Blutdruckerhöhung und leichte Herzhypertrophie, sowie vikariierende Hypertrophie der anderen Niere zustande, also ähnlich wie nach Nephrektomie, jedoch bleibt die Niere funktionsfähig.

Mosler (14) hält die Ansammlung der harnfähigen, normalerweise im Blut vorkommenden Stoffe für die Ursache der Blutdrucksteigerung nach doppelseitiger Nierenexstirpation.

Marinacci (13) fand nach Nephrektomie nur am ersten bis höchstens zum dritten Tage eine Verminderung der Funktion der anderen Niere, dann folgt Vermehrung der molekularen Diurese und der Sekretionselemente infolge von Arbeitshypertrophie. Die Funktionsvermehrung tritt nicht ein, wenn in der zurückgelassenen Niere Veränderungen vorhanden waren, wenn die Vene unterbunden war und wenn die Niere schon hypertrophisch war, jedoch war in letzterem Falle nach einigen Wochen erhöhte Funktion zu beobachten.

Poggiolini (17) fand unmittelbar nach einseitiger Nierenexstirpation bei Kaninchen den opsonischen Index gesunken, nach wenigen Tagen — beeinflusst durch die regenerativen Prozesse — steigend, dann andauernd sinkend, bis er erst nach 3—4 Wochen wieder normal wird.

Van Cappellen (1) fand nach Nephrotomie in querer Richtung sehr geringe Blutung und fast keine Infarktbildung, bei Zondekschem Schnitt viel stärkere Blutung und ausgedehntere Infarktbildung, endlich bei Nephrotomie mit Thermokauter zwar minimale Blutung, aber sehr ausgedehnte Infarktbildung.

W. Israel (9) vermochte bei gemeinsam mit Jeger angestellten Versuchen die Nierenvene einseitig und doppelseitig in die Vena cava mit Erfolg einzupflanzen.

Mc Crudden (12) beobachtete bei Kaninchen bei Nephrektomie in Chloroformnarkose fettige Degeneration des Herzens, bei Anwendung von Äthernarkose dagegen nicht.

Wildbolz (22) fand bei Tierversuchen, dass die Widerstandsfähigkeit gegen Gifte nach Verlust einer Niere nur bei solchen Giften herabgesetzt wird, die unverändert durch die Nieren ausgeschieden wurden, z. B. gegen Chloralhydrat, Atropin etc.

Falcone (4) fand bei Hunden nach schweren Nierenkontusionen in der anderen Niere Blutungen, Entzündungen, Degenerationen und Sklerosen, sowie Albuminurie und Zylindrurie, welche Erscheinungen er auf Zytolysine zurückführt, die sich von der primär verletzten Niere aus bilden. Es wird daraus geschlossen, dass bei Nierenquetschungen die konservative Therapie zur Schädigung der anderen Niere führen kann.

Evans, Wynne und Whipple (3) beobachteten an Hunden nach Erregung einer subakuten Cystitis durch Einführung eines Fremdkörpers eine renale Albuminurie, die sie auf Reflexwirkung zurückführen.

Pari (15) fand, dass bei Tierversuchen die Unterbindung der Ureteren schneller zur Urämie und zum Tode führt und die Urämie plötzlicher eintritt, als nach doppelseitiger Nephrektomie und glaubt, dass ausser der Harnverhaltung toxische, von den veränderten Nieren abgesonderte Produkte zur Urämie beitragen.

2. Diagnostik.

1. *Alexander, B., Über Nierenbilder. Arch. f. phys. Med. u. med. Technik. Bd. 6. Heft 2.
2. *Autenrieth, W., und A. Funk, Über einige kalorimetrische Bestimmungsmethoden: die nierendiagnostische Methode von Rowntree und Geraghty. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2657.
3. Baetzner, W., Funktionelle Nierendiagnostik. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 1521. (Sammelreferat.)
4. Balavoine, H., und R. Oufray, Le coëfficient uréo-sécrétoire des reins. Presse méd. Nr. 78.
5. Barker, L. F., Diagnosis and treatment of some of commoner forms of kidney disease. West-Virginia. Med. Journ. Bd. 7. Nr. 3.
6. *Beer, E., Some experiences in cystoscopic diagnosis. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 303.
7. *Billon, L., La néphralgie essentielle existe-t-elle? Arch. prov. de chir. Nr. 9.
8. *Blum, V., Über den Wert der Pyelographie und anderer Methoden zum Nachweis von Dilatationen des Nierenbeckens. Wiener med. Wochenschr. Bd. 62. p. 1269.
9. *— Topische Nierendiagnostik auf Grund der Funktionsprüfung. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 443.
10. — Vergleichender Wert der Pyelographie und der anderen diagnostischen Methoden bei Nierenbeckenerweiterung. Amer. Journ. of Derm. and gen.-ur. diseases. Bd. 16. p. 136.
11. *Boulud, R., Le coëfficient azoturique dans les affections rénales. Lyon méd. Bd. 44. p. 505.
12. *Boyd, M. L., Phenolsulphonephthalein and functional tests of the kidneys. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 58. p. 620.
13. Braasch, W. F., Diagnostic aids in surgery of renal pelvis and ureter, with special reference to pyelography. Lancet-Clinik. Cincinnati. Bd. 107. Nr. 20.
14. Bruce, W. J., The X-ray examination of the urinary tract. Med. Soc. of London. Sitzg. vom 11. März. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 672. (Bemerkungen über die Technik der Durchleuchtung.)
15. Bürger, L., und A. Hyman, Improved urologie examining table. Amer. Journ. of Urol. Bd. 8. Nr. 3.
16. *Burow, Über einige weitere Methoden der funktionellen Nierendiagnostik. Wissenschaftl. Ärzteges. Innsbruck. Sitzg. vom 11. Jan. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 609.
17. Cabot, H., Common sources of error in diagnosis of renal and ureteral calculus. Amer. Journ. of Urol. Bd. 8. p. 1. (Besprechung der Symptome und der Diagnose, die in Harnuntersuchung, Röntgendurchleuchtung, Ureterkatheterismus und Funktionsprüfung zu bestehen hat.)
18. Carman, R. D., Skiagraphy in urologic diagnosis. Illinois Med. Journ. Bd. 21. Nr. 2.
19. *Cathelin, F., Contribution chirurgicale à l'étude du fonctionnement intime des deux reins. Fol. urol. Bd. 6. Nr. 2.
20. — Sechs Briefe über den Vergleich des Ureterkatheterismus und der Harnscheidung. Paris 1911.
21. — Les lois de l'urée et des chlorures des urines divisées des deux reins. Revue prat. des mal. des org. gén.-ur. März.
22. *Chevassu, Le dosage de l'urée sanguine et la constante urémique chez les urinaires chirurgicaux. Presse méd. Nr. 47.
23. Clay, Practical points in connexion with the urinary tract. Brit. Med. Assoc. North of England Branch. Newcastle-upon-Tyne Division. Sitzg. vom 15. März. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 951. (Demonstration von Röntgenbildern, betreffs Pyelographie, Nierensteine und Blase.)
24. Cleaver, H. A., The diagnostic value of the cystoscope. Delaware State Med. Soc. 123. Jahresvers. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 59. p. 1737. (Besprechung des Werts der Kystoskopie, besonders bei Krankheiten der Nieren und Ureteren.)
25. *Cohn, J., Zur renalpalpatorischen Albuminurie. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 5. März. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 717. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 430.
26. *Conzen, F., Über Nierenfunktionsprüfung. Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 108. Heft 3/4.

27. Crockette, F. S., Phthalein test for kidney function. Journ. of Indiana State Med. Assoc. Bd. 5. Nr. 10.
28. Cullen, E. K., Functional test in surgical diseases of kidney. Journ. of Michigan State Med. Soc. Bd. 11. Nr. 2.
29. Dermody, L. A., Cystoscopy and ureteral catheterization. Western. Med Rev. Bd. 16. Nr. 12.
30. *Deutsch, F., Funktionelle Nierenprüfung mittelst Phenolsulphonphthalein. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 1217.
31. Ehrich, W. S., Test for renal function. Lancet-Clinic. Cincinnati. Bd. 107. Nr. 11.
32. *Eisendrath, D. N., Obskures Fieber renalen Ursprungs. Deutsche med. Ges. Chicago. Sitzg. vom 16. Mai. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2843.
33. *Fromme, F., und C. Rubner, Über die Bedeutung der Phenolsulphonephthaleinprobe zur Prüfung der Funktion der Nieren. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 1889.
34. Fulton, D., Clinical diagnosis of renal insufficiency. Interstate Med. Journ. Bd. 19. Nr. 7.
35. *Furniss, H. D., Radiographs of Argyrol or Collargol injections of the urinary tract. Med. Soc. of the State of New York. 106. Jahresvers. Med. Record. New York. Bd. 81. p. 834.
36. Gaillard, A. T., Epithelia found in urine and their differentiation as an aid to correct diagnosis. Med. Record. New York. Bd. 81. p. 362. (Legt der Untersuchung der im Harnsediment befindlichen Epithelien einen hohen Wert für die Diagnose der Harnerkrankungen bei.)
37. Galambos, A., Diastaseprobe. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 48. p. 1796. (Bei einem gekochten Harn schlägt die Probe fehl.)
38. *Garceau, E., New occluding ureteral catheter and cystoscopes for functional renal tests. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 58. p. 1566 u. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 166. p. 591.
39. *Gardner, M., L'exploration des fonctions rénales au moyen de la phénolsulfonephthaléine. Gaz. des Hôp. Bd. 85. p. 817.
40. Germade, B. G., Bedeutung des Indigokarmininjektionen für die funktionelle Nierendiagnostik. El Siglo méd. 1911. 7. Okt. ff.
41. *Goldberg, Ist der Strauss-Grünwaldsche Verdünnungsversuch für Diagnose und Prognose der Nephritis verwertbar und von Nutzen? Zentralbl. f. inn. Med. Bd. 33. p. 447.
42. *Gottstein, G., Der heutige Stand der funktionellen Nierendiagnostik. Ergebn. d. Chir. u. Orthop. Bd. 2.
43. Griffith, F. W., The value of cystoscopy in surgical diseases of the kidney. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 58. p. 933. (Betont die Wichtigkeit der Kystoskopie und des Ureterkatheterismus für die Diagnose, besonders bei Tuberkulose, Nephrolithiasis und Nephroptose.)
44. Grünbaum, O., The haemorenal index. Lancet. Bd. 1. p. 1339. (Bemerkungen über die Technik der Prüfung der elektrischen Leitfähigkeit von Blut und Harn.)
44a. Haberer, H. v., Nierenexstirpation bei Tuberkulose und funktionelle Nierendiagnostik. Wissensch. Ärzteges. Innsbruck. Sitzg. vom 7. Dez. 1911. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 508.
45. Hayden, J. R., Use of ultra-violet ray in diseases of genito-urinary tract. Amer. Journ. of Urol. Bd. 8. Nr. 3.
46. Hepburn, T. N., Clinical tests of kidney function. Yale Med. Journ. Bd. 93. Nr. 7.
46a. Homburg, A., Zur Diagnose und Therapie der Nieren- und Blasentuberkulose. Inaug.-Diss. Freiburg 1911.
47. Hutchison, R., Commoun affections of the genito-urinary system in childhood. Clin. Journ. London. 12. Juli.
48. *Jaches, L., und H. D. Furniss, Radiography of the distendet (Kollargol, Argyrol, Oxygen) renal pelvis and ureter. New York Ac. of Med. Sitzg. vom 26. Okt. 1911. Amer. Journ. of Obst. Bd. 65. p. 116.
49. *Joseph, E., Die Diagnose chirurgischer Nierenerkrankungen durch die Chromokystoskopie. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 17. Jan. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 241.
49a. Judt, Neue Wege in der Röntgenographie der Harnorgane. Przeglad chir. i gin. Bd. 7. Heft 2. p. 208—247. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)

50. Keyes, E. L., Survival after several operations in spite of unusually low phenolsulphonephthalein output. Amer. Journ. of Urol. Bd. 8. Nr. 11.
51. *Keyes, E. L., und A. R. Stevens, Intravenous administration of phenolsulphonephthalein for ureter catheter study of the renal function. New York Med. Journ. Bd. 95. p. 1134.
52. *Kolischer, G., Über diagnostische und technische Fehler in der Nieren- und Blasenchirurgie. Deutsche med. Ges. Chicago. Sitzg. vom 2. Nov. 1911. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 391.
53. Lance, M., L'examen de la perméabilité rénale par la phénolsulphonaphthaléine. Gaz. des Hôp. Bd. 85. p. 32. (Sammelreferat.)
54. *Legueu, F., und de Berne Lagarde, Critique de la polyurie expérimentale. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 461.
55. *Marion, G., Le cathétérisme des uretères à vessie ouverte. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 707.
56. *Martens, Aus dem Gebiete der Nierendiagnostik und Nierenchirurgie. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 6. März. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 579.
57. *Monakow, P. v., Beitrag zur Funktionsprüfung der Niere. Inaug.-Diss. München 1911.
58. Nogier, Th., Radioscopia renalis. Arch. d'électr. méd. 349. Ref. Zentralbl. f. inn. Med. Bd. 34. p. 320. (Empfehlung der direkten Beobachtung des Röntgenbildes. Zur Erkennung von Steinen ist Luftkompression und Röhre von grosser Leuchtkraft nötig.)
59. Nogier und Reynard, Kollargolinjektionen in den Nierenbecken für die Röntgendiagnose verschiedener Nierenaffektionen. Lyon chir. 1911. Nr. 6. (In zwei Fällen — Hydronephrose und tuberkulöse Kaverne — erprobt.)
59a. Oehlecker, F., Übersichtsaufnahme vom uropoetischen System (Pyelozystographie). Fortschr. a. d. Gebiete der Röntgenstrahlen. Bd. 17. Heft 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 528.
60. Pagenstecher, E., Die klinische Diagnose der Bauchgeschwülste. Wiesbaden 1911. J. F. Bergmann. (Berücksichtigt die chirurgischen Erkrankungen der Niere und der Blase.)
61. *Paschkis, R., und F. Necker, Über Pyelographie. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 18. Jan. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 257.
62. Peck, Ch. H., Collargol radiographs of kidney and ureter. New York Surg. Soc. Sitzg. vom 27. März. Annals of Surg. Bd. 56. p. 366 u. New York Ac. of Med. Sect. Surg. Sitzg. vom 5. Jan. Med. Record. New York. Bd. 81. p. 292. (Fünf Fälle von Pyelographie bei Hydronephrose und Ureterstriktur bezw. -Knickung.)
63. *Pereschivkin, Diagnose der Affektionen des Nierenbeckens und Ureters. Diss. St. Petersburg. Wratsch. p. 1067. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 749. (H. Jentter.)
63a. — Zur Pyelographie. Chir. Arch. Weljaminowa. I. (H. Jentter.)
64. Pleschner, H. G., Die funktionelle Nierendiagnostik. Prager med. Wochenschr. Bd. 37. p. 53. (Übersichtliche Besprechung der funktionellen Methoden, die hoch bewertet werden, neben welchen aber die klinischen Methoden nicht vernachlässigt werden dürfen.)
65. Price, L. T., Kollargolinjektion zur Diagnostik von Nierenaffektionen. Amer. Journ. of Derm. and gen.-ur. Diseases. Bd. 16. p. 36. (Empfehlung der Methode bei Hydro- und Pyonephrose, Tuberkulose, Tumoren, Pyelitis, verlagerte und Hufeisennieren, Einzelnieren und Nierenzysten.)
66. *Richter, P. F., Begriff und Grenzen der funktionellen Nierendiagnostik. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 5. März. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 717. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 421.
67. *Roth, M., Über den Wert der Phloridzinprobe für die Beurteilung der Nierenfunktion. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 192.
68. Rowntree, L. G., und J. T. Geraghty, The phthalein test; an experimental and clinical study of phenolsulphonephthalein in relation to renal function in health and disease. Arch. of Intern. Med. Bd. 9. p. 284. (Wiederholte Beschreibung und Begründung der Methode.)
69. Scheidemandel, Pyelogramme. Ärztl. Verein Nürnberg. Sitzg. vom 5. Sept. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2842. (Bei Pyelitis, Hydroureter, Pyonephrose, Nephroptose mit Ureterknickung; Kollargolfüllung.)

70. Schmidt, E. L., Kidney function in surgery, with particular reference to kidney surgery. Ohio State Med. Journ. Bd. 8. Nr. 3.
71. *Schmidt, L. E., und H. L. Kretschmer, Diagnostic value of shadowgraph catheter. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 14. Nr. 2.
72. *— — Phenolsulphonephthalein test in surgery of genito-urinary tract. Amer. Journ. of Urol. August. Amer. Urol. Assoc. 11. Jahresvers. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 58. p. 1305.
73. *Sehrt, E., Die Phenolsulfophthaleinmethode zur Bestimmung der Nierenfunktion. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 1121.
74. *Sellei, J., Die Kochsalzausscheidung der Nieren mit besonderem Bezug auf das Theocin-Natrium acetikum. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 264.
75. Shallenberger, W. F., Value of ureteral catheterization. Journ. of Med. Assoc. of Georgia. Bd. 2. Nr. 5. Med. Assoc. of Georgia. 63. Jahresvers. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 58. p. 1780. (Hebt besonders den Wert für die Funktionsprüfung der Niere unter Anwendung des Phenolsulphonphthaleins hervor.)
76. Smith, E. O., Relation of renal activity to surgical operations. Lancet-Clinic. Cincinnati. Bd. 107. Nr. 8 u. Kentucky Med. Journ. Bd. 10. Nr. 9.
77. Smith, J. K., Diagnosis of some urinary affections. Journ. of Arkansas Med. Soc. Bd. 9. Nr. 6.
78. Smith, R. M., Methods of estimating kidney functions. Amer. Med. Assoc. 63. Jahresvers. Sekt. on dis. of children. Med. Record. New York. Bd. 81. p. 1162. (Empfehlung der Phenolsulphonphthaleinprobe.)
79. *Sondern, F. E., und Th. W. Harvey, Die Phenolsulphonphthaleinprobe zur Schätzung der Nierenfunktion in der Gravidität. Bull. of the Lying-in-Hosp. Bd. 8. Nr. 4.
80. *Stanton, E., The diagnosis of diseases of the urinary tract by the combined use of the cystoscope and the X-ray. Albany med. Ann. Bd. 33. Juli u. Amer. Journ. of Urol. Bd. 8. p. 511.
81. Stanton, E. M., The frequency of surgical lesions of the kidney and ureter as estimated from autopsy and hospital records. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 58. p. 755. (Macht auf die mit der Anwendung der vervollkommneten Untersuchungsmethoden steigende Häufigkeit der operativen Eingriffe an den Harnorganen aufmerksam.)
82. Tesson, Cathétérisme des uretères on division intravésicale. Arch. méd. d'Angers. 1911. Nr. 6.
83. *Thomas, B. A., Funktionsprüfung der Niere. Amer. Med. Assoc. 63. Jahresvers. Section in genito-urinary diseases. New York Med. Journ. Bd. 95. p. 1229.
84. Udaondo, C. B., Semeilogia funcional del rinon; consideraciones sobre la glicosuria floridsinica en la patologia medica renal. Semana med. Buenos Aires. Bd. 19. p. 241.
85. *Vogel, J., Das Phenolsulfophthalein in der funktionellen Nierendiagnostik. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 2172.
86. Whitney, J. L., The phenolsulphonephthalein test of renal sufficiency. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 58. p. 936. (Notiz bezüglich Ausschaltung der Harnfärbung.)
87. Wichtige Hilfsmittel auf dem Gebiete der Urologie. Med. Klinik. Bd. 8. p. 1288. (Abbildung der Harnseparatoren von Luys und Cathelin und des Blasenscheiders von Boddaert.)
88. *Zondek, Zur topischen Diagnose der Niere. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Chir. 41. Kongr. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. Kongressbeil. p. 74.

Die von Kolischer (52) erwähnten diagnostischen Fehler betreffen die Harnuntersuchung auf Eiweiss und Blut, das im Morgenharn fehlen kann, die übermässige Zentrifugierung, die Formelemente zerstören kann, die Röntgendurchleuchtung seitens wenig Geübter, die Irrtümer bei der Nierenpalpation und die Kystoskopie bei Nierensteinen nach Aufhören der Blutung. Die Uretermündungen geben bei Nierentuberkulose nicht immer sicheren Befund, dagegen sind die Erscheinungen daselbst nach Tuberkulininjektion charakteristisch. Die Unterscheidung der Tuberkelbazillen von anderen Keimen ist durch Färbung allein nicht immer möglich. Die Nephrektomie soll stets in toto ohne Eröffnung der Niere vorgenommen werden. In der Diskussion teilt Reichmann 300 Fälle von richtigem positivem Steinbefund und nur zwei von unrichtigem negativen Befund mit; es muss stets der ganze Harntraktus untersucht werden.

Billon (7) leugnet das Vorkommen einer essentiellen Nephralgie und führt sie stets auf chronische Nephritis und Perinephritis zurück. Gicht, Steine, abnorme Beweglichkeit

und Traumen werden als veranlassende Momente beschuldigt. Die Niere muss stets operativ freigelegt, von krankhaften Verwachsungen befreit und enthülst werden.

Eisendrath (32) macht darauf aufmerksam, dass bei Nierenaffektionen als einziges oder hauptsächlichstes Symptom Fieber auftreten kann. Ausser Infektionen mit oder ohne Stein kommen Nierentumoren in Betracht, welche hohes, kontinuierliches Fieber bewirken können. Zwei Fälle, in deren einem irrtümlich eine Appendixoperation vorgenommen worden war.

Cohn (25) weist durch Tierversuche nach, dass die renalpalpatorische Albuminurie konstant und um so intensiver ist, je länger und intensiver die Massage gewirkt hat; es kann daher bei zweifelhaften Abdominaltumoren die Massage zur Feststellung, ob der Tumor der Niere angehört, angewandt werden. In der Diskussion erwähnt Roth das Auftreten von Albuminurie nach Katheterismus des Ureters.

Zondek (88) stellte durch Messungen fest, dass das Nierenbecken meist unterhalb der Mitte der Längsachse gelegen ist und dass die Längsachse der Niere zur Entfernung des oberen Pols von der Mitte des oberen Calix major sich ungefähr von 2,9 : 1 und die Längsachse der Niere zur Entfernung des unteren Pols vom unteren Calix major wie 3,1 : 1 sich verhält.

Beer (6) empfiehlt zur Erkennung des Vorhandenseins und der Funktion einer Niere das genaue Absuchen der Blase nach den Uretermündungen, die Indigokarmininjektion, die Einführung eines dicken Ureterkatheters in den sichtbaren Ureter und die Kontrolle der daneben abfliessenden Flüssigkeit, hierauf nach dem Ureterkatheterismus die Entleerung der Blase und die Untersuchung der gewonnenen Flüssigkeiten, endlich Füllung der Blase mit Farbstofflösung, die nicht aus dem Ureterkatheter abfliessen darf, zur Sicherstellung der richtigen Lage des Katheters im Ureter.

Marion (55) befürwortet bei mangelhafter Kapazität der Blase und weitgehenden Blasenveränderungen den diagnostischen Ureterkatheterismus nach suprapubischer Eröffnung der Blase und gibt eine genaue Beschreibung der Methode, welche besonders auf breiter Entfaltung der Blase mittelst Wundspateln beruht; zu diesem Zweck muss ausser der Vorderwand auch, wenn nötig, die obere und hintere Blasenwand eröffnet werden.

Garceau (38) gibt einen obstruierenden Katheter an, der das Lumen des Ureters vollständig verschliesst und den Harn der anderen Seite zur Funktionsprüfung gewinnen lässt. Zugleich erlaubt er die Injektion von Flüssigkeit, so dass er die Kapazität des Nierenbeckens bestimmen lässt. Ausserdem können Strikturen des Harnleiters dilatiert werden. Besonders wird seine Verwendbarkeit bei Solitärniere, funktionsloser Niere und Obstruktion des Ureters hervorgehoben.

Joseph (49) hebt die Vorzüge der Chromokystoskopie besonders für die Lagebeziehung des Ureters zu Blasentumoren, für die Aufklärung von Koliken unbestimmter Natur und zur funktionellen Diagnose besonders bei Nierentuberkulose hervor, wo er die Sondierung des Ureters der anderen Seite für bedenklich hält. In der Diskussion erklären Roth, Rosenstein und Israel, dass die Chromokystoskopie bei der funktionellen Diagnostik den Ureterkatheterismus nicht ersetzen könne und Casper verlangt, dass sie mit dem Katheterismus kombiniert als Chromokatheterismus angewendet werde.

Martens (56) erklärt die Chromokystoskopie zwar für eine Erleichterung im Auffinden der Ureteren, aber Kystoskopie und Auffangen des getrennten Nierenharns sind für die Diagnose unerlässlich und allen Methoden der endovesikalen Harnscheidung weit überlegen. Neben den klinischen Methoden sind vor allem die funktionellen zu berücksichtigen, ferner die Röntgendurchleuchtung. Von grösster Wichtigkeit ist die Frühdiagnose; bei Blut- und Eitergehalt des Harns muss die Quelle der Blutung oder Eiterung unter allen Umständen festgestellt werden.

Schmidt und Kretschmer (71) heben den hohen Wert des für Strahlen undurchlässigen Katheters besonders bei angeborener Nierendystopie, bei beweglichen Bauchgeschwülsten, Nieren- und Uretersteinen, Ureterstrikturen, Erkennung von akzessorischen Schatten, endlich bei Nierenbeckenveränderungen hervor, jedoch ist in letzteren Fällen die Pyelographie leistungsfähiger.

Stanton (80) schlägt eine kombinierte Untersuchungsmethode mit Kystoskop und Röntgenstrahlen vor, vor allem zur Bestimmung der Lage von Nieren und Harnleitern, zur Lokalisation von Verlegung des Harnleiters, zum Nachweis von Steinen und Geschwülsten, endlich zur Bestimmung der Kapazität des Nierenbeckens.

Blum (8) erkennt den Wert der Pyelographie für die Diagnose der Lage und Grösse des Nierenbeckens und die Dilatation der Ureteren an, glaubt aber, dass hierfür, besonders bei Beckenniere und offener Hydronephrose, die Messung der Länge der Ureteren und die

Injektion von Flüssigkeiten zur Identifikation der Schmerzen und zur Eichung des Nierenbeckens, sowie die Radiographie bei undurchlässigem Ureterkatheter dasselbe leisten. Für die Parenchymzerstörung gibt die Pyelographie keinen Anhaltspunkt, im Gegenteil wird namentlich bei Tuberkulose davor gewarnt, weil Nierenbeckeninhalt in den Gewebs- und Lymphspalten eingepresst werden kann. Als Nachteile der Pyelographie wird die Möglichkeit einer Kollargolvergiftung und langdauernde Schmerzen und Kolikanfälle angeführt.

Paschkis und Necker (61) empfehlen die Pyelographie bei Wanderniere mit und ohne Knickung des Ureters bei beginnenden und ausgebildeten Hydronephrosen und bei primärer und sekundärer Pyelitis. Bei Wanderniere kann die Kapazität (normal 5 ccm) bis auf 30 ccm vergrössert sein, bei Pyelitis ist die Dilatation primär, die Infektion sekundär, bei gonorrhoischer Pyelitis umgekehrt. Zwischen Erweiterung des Nierenbeckens und Intensität der Beschwerden besteht kein Parallelismus.

In der Diskussion erklärt Blum die Pyelographie, wie sie jetzt geübt wird, für fehlerhaft. Das Kollargol kann das Nierenparenchym schädigen, weil es in die Harnkanälchen gepresst werden kann. Die Dilatation kann durch Injektion steriler Flüssigkeit (Eichung) bestimmt werden; Residualharn spricht für Dilatation. Verlagerung der Niere kann ohne Pyelographie festgestellt werden. Necker und Paschkis leugnen die Schädigungen durch Kollargolinjektion.

Jaches und Furniss (48) befürworten die Pyelographie für den Nachweis von Grösse, Ausdehnung und Lage des Nierenbeckens, für die Erkennung des Winkels, mit dem der Ureter entspringt, für den Nachweis von Verengerungen und Knickungen des Ureters und für den Nachweis von Nierentuberkulose und Geschwülsten. Die besten Bilder wurden mit 40—50 %iger Argyrollösung gewonnen. In der Diskussion sprechen Cadwell, Stewart und L. Bürger zur Technik, Keyes beanstandet die ausgedehnte Anwendung der Pyelographie und E. Beer macht auf die möglichen Schädigungen aufmerksam.

Furniss (35) empfiehlt die Pyelographie zur Diagnose von Erweiterungen des Nierenbeckens, Nephroptose, Nierentumoren, Ureterstrikturen und Ureterverdoppelung.

Pereschivkin (63) empfiehlt die Pyelographie zur Diagnose der Affektionen des Nierenbeckens und der Nephroptose, sowie der Kalkulosis.

Kutner (e. 51) erklärt die Luft- oder Sauerstofffüllung des Nierenbeckens wegen der Nachbarschaft der starken Nierengefässe für bedenklich.

Burow (16) erklärt nach angestellten vergleichenden Untersuchungen die Kryoskopie und die elektrische Leitfähigkeit des beiderseitigen Harns für wertvolle, die Molekularkonzentration beweisende Methoden, wobei er für die Prüfung der Leitfähigkeit eine leicht ausführbare Methode mit Verwendung des Bellschen Telephons beschreibt. Als übereinstimmend mit diesen Ergebnissen wurde ferner die Wohlgemutsche Diastaseprüfung gefunden, während die Zucker- und Indigkarminprobe zum Teil nicht unwesentlich abweichende Werte ergaben, so dass die Diastaseprüfung als ein bequemes Verfahren bezeichnet wird, das die anderen Methoden wirkungsvoll zu unterstützen imstande ist. Die Resultate werden von v. Haberer (Diskussion) wegen nicht vorgenommener Kontrolle durch Operations- oder Obduktionsbefunde bemängelt.

Gottstein (42) verlangt zur sicheren Diagnose der Nierenfunktion die Anwendung sämtlicher Methoden, jedoch werden die Kryoskopie des Blutes und Harns, die elektrische Leitfähigkeit des Harns, die Harnstoffbestimmung, die Phloridzin- und Indigkarminprobe an Wert obenan gestellt.

v. Monakow (57) fand vermittelst der Funktionsprüfung Fälle von Nierenerkrankungen, die bei ungestörter ClA-Ausscheidung schwere Störungen der N-Ausscheidung bieten und umgekehrt, ferner solche, bei denen beide Funktionen gestört sind. Störungen der N-Ausscheidung ohne deutliche Störung des N-Gleichgewichtes können durch den Harnstoffversuch erkannt werden. Es scheint, dass die N-Ausscheidung zu den Glomerulis, die ClA- und Wasserausscheidung zu den Tubulis contortis in gewissen Beziehungen steht.

Richter (66) bespricht die einzelnen funktionellen Methoden und betont, dass keine von ihnen allein für sich genügt, indem sie nach verschiedener Richtung die vorhandene Arbeitskraft prüfen, nicht aber ein Bild der vorhandenen Reservekräfte geben. Die Funktionsprüfung muss dahin streben, neben der Leistung der Nieren die Leistungsfähigkeit der zurückbleibenden Nierenteile nach Elimination der kranken Teile zu bestimmen.

Kutner (e. 51) weist auf die sehr verschiedene Wertschätzung der einzelnen Funktionsprüfungsmethoden seitens verschiedener Autoren hin und verlangt die gleichzeitige Anwendung aller Methoden, um ein Bild über die Nierenfunktion zu erhalten.

Homburg (46a) erklärt keine der funktionellen diagnostischen Methoden für sich allein als ausreichend zur Beurteilung der Funktion, hält jedoch die experimentelle Polyurie

für die feinste und genaueste Methode. In erster Reihe kommt für die Nierentuberkulose die operative Behandlung in Betracht, wenn auch die konservative Behandlung Verteidiger hat.

Blums (9) Vorschläge zur topischen Nierendiagnostik beziehen sich auf den Nachweis, an welchem Teile des sezernierenden Parenchyms die Erkrankung sitzt, und zwar kann die Tätigkeit der Glomeruli in bezug auf die Wasserausscheidung durch die experimentelle Polyurie und den Verdünnungsversuch und in bezug auf die Salzausscheidung durch die Farbstoffproben, ferner durch die Milchzuckerprobe von Schlayer und Takayasu, endlich wahrscheinlich auch durch die Phloridzinprobe erkannt werden. Die Funktion der Tubuli contorti kann durch die Kochsalz- und Jodkaliumprobe von Schlayer und Takayasu und durch die Harnssäure- und Harnstoffausscheidung, die Funktion der Marksubstanz durch den Koffein- und Diuretinversuch geprüft werden. Diese Hilfsmittel erlauben eine Beurteilung, welcher Teil des Nierenparenchyms erkrankt ist und bei chirurgischen Erkrankungen ein Urteil, ob eine erkrankte Niere erhalten werden kann oder nicht (z. B. bei Hydronephrose), oder ob überhaupt das Parenchym oder nur das Nierenbecken erkrankt ist.

Boulud (11) erklärt den Stickstoffgehalt des Harns als besten Anhaltspunkt für die Beurteilung der Nierenfunktion.

Cathelin (19) setzt unter den Funktionsprüfungen der Niere an erster Stelle die Untersuchung der Harnstoffausscheidung und stellt vier massgebende Gesetze der chirurgischen renalen Physiologie auf: das Gesetz des Wertes der absoluten Harnstoffmenge pro Liter, das Gesetz der Harnstoffmengeausscheidung, das Gesetz der Beständigkeit der Harnstoffmenge und das Gesetz der Unbeweglichkeit der Harnstoffmenge. Von den letzten 60 Nierenoperationen, die auf Grund der Harnstoffuntersuchung ausgeführt worden waren, genasen alle.

Chevassu (22) betont, dass nicht der Harnstoffgehalt des Harns und der des Blutes an sich Anhaltspunkte für die Nierenfunktion gibt, sondern lediglich das Verhältnis beider Ziffern zueinander (Harnstoffkonstante nach Ambard).

Sellei (74) untersuchte die Wirkung des Theocin-Natrium aceticum auf gesunde Nieren, wo es starke Diurese hervorruft, und bei Nephritis, wo die ausgeschiedenen Chlormengen viel geringer sind als bei normalen Nieren. Noch stärker sinken die Chlorwerte bei Kombination mit der Verdünnungsmethode. Bei Pyelitis wirkt das Diuretikum fast wie bei gesunden Nieren, nur wird auf der kranken Seite weniger Chlornatrium ausgeschieden als auf der gesunden; auch dies wird bei Kombination mit der Verdünnungsmethode besonders auffallend.

Conzen (26) verwendete die Schlayersche Funktionsprüfung der Nieren (intravenöse Milchzuckerinjektion zur Prüfung der Glomeruli und Kaliumjodid per os zur Prüfung der Tubuli unter gleichzeitiger Beobachtung der Kochsalz- und Wasserausscheidung) und konnte den Wert der Methode bezüglich des anatomischen Sitzes der Nephritis feststellen.

Goldberg (41) befürwortet zur Funktionsprüfung der Nieren den Verdünnungsversuch, da die Ausscheidung körperfremder Stoffe derjenigen der körpereigenen nicht parallel geht und eine Bewertung der Leistungsfähigkeit der Nieren auf Grund der Ausscheidungsfähigkeit für einen Stoff nicht möglich ist.

Legueu und de Berne Lagarde (54) schliessen aus Untersuchungen, dass, wenn auf der gesunden Seite eine hinreichende experimentelle Polyurie gefunden wird, fast mit Sicherheit auf funktionelle Integrität der zurückbleibenden Niere geschlossen werden kann. Nach der negativen Seite hin ist diese Probe allein für sich nicht beweisend.

Roth (67) hält die Phloridzinprobe für empfindlicher als die Indigkarminprobe und erklärt eine Niere, die erst nach 25 Minuten Zucker ausscheidet, als erkrankt, jedoch ist die Zuckerausscheidung sowohl nach Anfang, als nach Quantität des ausgeschiedenen Zuckers individuell verschieden.

v. Haberer (44a) gibt für die klinische Untersuchung der Phloridzinprobe, besonders in der Modifikation von Kapsammer, und der Indigkarminprobe den Vorzug und teilt einen Fall mit, in welchem trotz ausgedehnter und tiefgreifender tuberkulöser Zerstörung der einen Niere die Funktion beider Nieren scheinbar gleich war, bei Berücksichtigung der auf der kranken Seite nach Einführung des Ureterkatheters aufgetretenen Polyurie aber doch als stark geschädigt anzunehmen war. Ebenso ergaben die Dichte des Harns, die Menge der gelösten Stoffe und die Menge der Asche für die erkrankte Seite eine beträchtliche Funktionsbeschränkung (s. ferner Hermanns [g. 3. 31]).

Thomas (83) erklärt die Chromoureterokystoskopie als die beste und ein-

fachste Funktionsprüfung der Niere. In der Diskussion sprechen Krotoszyner und Hartmann für die Blutkryoskopie und Geraghty für die Phenolsulphonphthaleinprobe.

Autenriet und Frank (2) fanden bei Nachprüfung der Phenolsulfonphthaleinprobe, dass sie in vielen zweifelhaften Fällen, wenn es sich um die Erforschung der absoluten Funktionsfähigkeit einer Niere handelt, von geradezu entscheidendem Werte sein kann. Es wurde festgestellt, dass eine Niere, die innerhalb der ersten Stunde nach der Injektion weniger als 45 % des intramuskulär injizierten Mittels ausscheidet, in ihrer Funktion gestört ist. Das Resultat ist auch bei Gegenwart von Eiweiss und Zylindern ein sicheres und die Methode hat den Vorzug der einfachen und leichten Ausführbarkeit. Die quantitative Bestimmung erfolgt auf kolorimetrischem Wege.

Fromme und Rubner (33) konnten die von Rowntree und Geraghty gemachten Angaben einer gleichmässigen und prompten Ausscheidung des Phenolsulfonephthaleins nach intramuskulärer Injektion bei gesunden Nieren nicht bestätigen, dagegen erwies sich die Ausscheidung nach intravenöser Injektion brauchbar, jedoch muss die Beobachtungszeit auf drei Stunden ausgedehnt und in dieser Zeit müssen 60 % des einverleibten Farbstoffes ausgeschieden werden, wenn die Nierenfunktion als intakt angenommen werden soll. Von der abgesonderten Harnmenge erwies sich die Menge des ausgeschiedenen Farbstoffes als unabhängig. Bei Einführung von Ureterkathetern erwies sich die Bestimmung der ausgeschiedenen Farbstoffmenge durch Beimengung von Blutfarbstoff erschwert und zuweilen unmöglich.

Sehrt (73) fand bei Nachprüfung der Phenolsulfonephthaleinprobe, dass bei normaler Nierenfunktion die Farbstoffausscheidung zwischen der vierten und achten, in pathologischen Fällen zwischen der achten und zwanzigsten Minute post injectionem eintrat und dass in der ersten Stunde 45—66, in den zwei ersten Stunden 69—94 % des Farbstoffes ausgeschieden werden. Von allen Funktionsprüfungen ist diese Probe am meisten geeignet, die absolute Nierenfunktion anzuzeigen. Um die Ausscheidung des Farbstoffes kystoskopisch sichtbar zu machen, ist ein Zusatz von 0,2 %iger Soda- oder Boraxlösung zur Füllflüssigkeit der Blase notwendig.

Vogel (85) konnte ebenfalls die Beobachtungen von Rowntree und Geraghty bezüglich der Ausscheidungszeit des Farbstoffes nicht bis ins Einzelne bestätigen, fand aber die Methode als sehr wertvoll bezüglich der Funktion beider Nieren in der gleichen Zeit. Wegen der schnellen und vollständigen Ausscheidung durch die Nieren, wegen seiner grossen Zuverlässigkeit und der leichten Möglichkeit der kolorimetrischen Bestimmung der ausgeschiedenen Menge ist das Phenolsulfophthalein ein ausgezeichnetes Mittel, die Funktionstüchtigkeit der Nieren zu erkennen.

Gardner (39) hebt die grossen Vorzüge der Phenolsulphonphthaleinprobe hervor, welche in der vollständigen, verhältnismässig schnellen Ausscheidung des Farbstoffes und in der Einfachheit der Ausführung bestehen. Die Resultate sind unter Kontrolle der Fälle durch die Operation als verlässig gefunden worden.

Weniger günstig sind die Erfahrungen von Keyes und Stevens (51), welche den Anfang der Farbstoffausscheidung verschieden und bei der erkrankten Niere manchmal früher beobachteten als bei der gesunden. Die intravenöse Injektion wurde zuverlässiger gefunden als die intramuskuläre.

Dagegen bestätigen Schmidt und Kretschmer (73) die guten Resultate der Phenolsulphonphthaleinprobe. Sie befürworten gleichfalls die intravenöse Injektion des Farbstoffes, ebenso (Diskussion) Geraghty — bei Funktionsprüfung jeder Niere für sich —, Sanford und Cabot.

Auch Boyd (12) hat die Phenolsulphonephthaleinprobe zur Funktion der Nierenprüfung besonders geeignet gefunden.

In gleicher Weise bestätigt Deutsch (30) den Wert der Prüfung, indem die anatomischen und funktionellen Schädigungen den Störungen der Farbstoffausscheidung entsprachen und die letztere anzugeben vermag, wie gross die Gesamt- bezw. die Einzelfunktion ist und was diese in maximo leisten kann.

Sondern und Harvey (79) fanden bei Schwangerschaft schon normalerweise eine Verzögerung und Verminderung der Ausscheidung auf die Hälfte bis ein Drittel nach subkutaner Injektion von Phenolsulphonphthalein; in zwei Fällen von erkrankten Nieren wurde eine hochgradige Verzögerung und Verminderung der Ausscheidung gefunden.

3. Operationen, Indikationen, Technik.

1. *Albrecht, F., Beitrag zur Nierendekapsulation bei Eklampsie. Inaug.-Diss. Halle 1911.

2. Andrei, G., Einfluss der Rachinovokainisation auf die Niere. Riv. osped. Nr. 9. p. 385. (In 36 % Albuminurie leichten Grades, so dass eine Störung der Nierenfunktion nicht zu fürchten ist.)
3. Apelskog-Fahlborg, Vorzeitige Ablösung einer am normalen Platze inserierten Plazenta. Allm. Svenska läkart. 1911. Nr. 39 ff. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 6. p. 713. (Fall von Nierendekapsulation bei Eklampsie mit tödlichem Ausgang.)
4. Babcock, W. W., Surgery of the kidney. Pennsylv. Med. Journ. Bd. 15. Nr. 8. (Drei Fälle von Nephrolithomien und vier Fälle von Nephritis — akut und chronisch —, von denen drei durch Dekapsulation gebessert wurden.)
5. Bailey, F. W., Surgical indications in mechanical urinary disturbances. Journ. of Missouri State Med. Assoc. Bd. 8. Nr. 9.
6. Baldwin, H. A., Surgery of kidney based on case records of ten years. Ohio State Med. Assoc. Bd. 8. Nr. 11.
7. Ball, C. A., The progress of renal surgery. Dublin Journ. of Med. Science. Bd. 133. p. 264. (Übersichtsartikel.)
8. *Balser, E., Über die bisherigen Erfahrungen mit Nierendekapsulation bei Eklampsie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 318.
9. Bar, Evolution de la grossesse après décapsulation des reins. Soc. d'Obst. de Paris. Sitzg. vom 19. Jan. 1911. Annales de Gyn. 2. Serie. Bd. 9. p. 169. (Erfolgreiche Dekapsulation nach Eklampsie im Spätwochenbett und Anurie; nächstfolgende Schwangerschaft ohne Störung.)
10. *Baum, Nierendekapsulation. Med. Ges. Kiel. Sitzg. vom 29. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1017.
11. *Bonzani, G., Sul comportamento dei coefficienti urologici negli operati di nefrectomia. Fol. urol. Bd. 6. Nr. 6.
12. *De Bovis, La décapsulation rénal et ses résultats dans l'eclampsie puerpérale. Sém. méd. Nr. 1.
13. Cabot, A. T., Two cases of injury of the vena cava during the removal of pyelonephrotic kidney. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 167. p. 579. (Zwei Fälle von Abklemmung der Hohlvene bei schwieriger Auslösung vereiterter Nieren.)
14. *Cholzow, B. N., Zur Frage der chirurgischen Behandlung der chronischen Nephritis. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 1.
15. *Commandeur, Pathologie und Therapie der puerperalen Eklampsie. XIV. Kongr. d. franz. geb. Ges. L'Obst. 1911. Nr. 11.
16. Dedman, J. E., Nephritis; the medical versus the surgical aspect. Med. Assoc. of the State of Alabama. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 58. p. 1473. (Befürwortung der Dekapsulation bei Urämie und Lebensgefahr.)
17. Dunn, A. D., A case of anuria of one hundred and fourteen hours duration. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 58. p. 474. (Nach Kapselspaltung der stark gespannten Niere reichliche Harnabsonderung.)
18. *Ekehorn, G., Zur Operationstechnik bei Operationen an den Nieren. Arch. f. klin. Chir. Bd. 97. Heft 2.
19. *Fairchild, D. S., Decapsulation of the kidney. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 59. p. 2234.
20. Feschin, W. J., Über partielle Nephrektomie. Arbeiten d. propäd. chir. Klinik von Oppel. St. Petersburg. Bd. 3. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 778. (Ein Fall bei Endothelialsarkom des unteren Nierenpols und ein Fall bei Hydronephrose einer Hufeisenniere.)
21. *Frey, W., Lumbalpunktion bei Urämie. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 17.
22. *Gauraz, E., Contribution à l'étude des néphrectomies secondaires. Thèse de Paris. 1910/11. Nr. 469.
23. *Gerster, A. G., Nephrectomy. Annals of Surg. Bd. 56. p. 1.
24. Habercorn, Schwangerschaft nach Nephrektomie. Ärzteverein Budapest. Sitzg. vom 26. Jan. Wiener med. Wochenschr. Bd. 62. p. 280. (Ungestörter Verlauf.)
25. *Haberer, H. v., Beitrag zu den Gefahren der Nephrotomie. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 79. Heft 1 u. Bd. 80. Heft 2.
26. Hafford, G. C., General considerations of kidney surgery. Journ. of Michigan State Med. Soc. Bd. 11. Nr. 2.
27. Hagerty, J. F., Surgical diseases of the kidneys. Journ. of the Med. Soc. of New Jersey. Bd. 9. Nr. 2.

28. Hamann, C. A., Some experiences in kidney surgery. Ohio State Med. Journ. Bd. 8. Nr. 3.
29. Harrison, G. T. The treatment of eclampsia. Amer. Gyn. Soc. Amer. Journ. of Obst. Bd. 66. p. 433. (Fand in 34 Fällen von Eklampsie die Nierendekapsulation niemals indiziert.)
30. *Hartmann, H., und V. Henry, Operationen an der Niere und Schwangerschaft. Revue prat. d'obst. et de péd. Bd. 25. Nr. 281 ff. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 443.
31. *Hermanns, L., Beiträge zur Nierenchirurgie. Inaug.-Diss. Freiburg 1911.
32. Hohmeier, Probatorischer Nierenschnitt. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 10. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2896.
33. *Holländer, J., Die neuen Fortschritte der Geburtshilfe. Budapesti Orvosi Ujság. 1911. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1161.
34. *Isobe, K., Experimenteller Beitrag zur Bildung arterieller Kollateralbahnen der Niere. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 24. Heft 4/5.
35. *Kappis, M., Über Leitungsanästhesie bei Nierenoperationen. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 249.
36. *Kermauner, F., Eklampsiefragen. Wiener med. Wochenschr. Bd. 62. p. 1541.
37. *Kirkley, C. A., Treatment of eclampsia. Amer. Gyn. Soc. Amer. Journ. of Obst. Bd. 66. p. 435.
38. Kropeit, Nierendekapsulation. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 27. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1355. (Zwei erfolgreiche Fälle, einmal wegen Nephritis dolorosa und einmal wegen schwerer einseitiger Nierenblutung.)
39. *Kümmell, Gravidität nach Nephrektomie. Geb. Ges. Hamburg. Sitzg. vom 11. Mai. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1623.
40. *— Zur Chirurgie der Nephritis. Arch. f. klin. Chir. Bd. 98. Heft 3 u. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Chir. 41. Kongr. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. Kongressbeil. p. 69.
41. *— Die chirurgische Behandlung der verschiedenen Formen von Nephritis. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 18. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 1309 u. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1466.
42. Kusnetzki, D. P., Nephrektomie und Schwangerschaft. Shurn. akusch. i shensk. bolesn. 1911. Nr. 12. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 798. (Zwei Fälle von kalkulöser Pyonephrose, in einem Nephrektomie ohne Störung der Schwangerschaft.)
43. *Lance, M., Le traitement de l'éclampsie par la décapsulation du rein. Gaz. des Hôp. Bd. 85. p. 565.
44. Laroyenne, Néphrite aiguë et anurie; néphrotomie. Soc. des Sciences méd. de Lyon. Revue de Chir. Bd. 45. p. 356. (Nephrotomie auf der mehr schmerzhaften Seite mit Wiedereintritt der Sekretion auch auf der anderen Seite.)
45. Laroyenne und Bouchut, Anurie au cours d'une néphrite aiguë probable guérie par la néphrotomie. Revue de méd. 1911. Okt. (Bei primärer, subfebriler, akuter Nephritis.)
46. *Lehmann, Über Indikationen zur Dekapsulation der Niere. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 158 u. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur. Sitzg. vom 8. Dez. 1911. Med. Klinik. Bd. 8. p. 333.
47. *Leonardo, L'intervento chirurgico nelle nefriti. Riv. osped. II. Nr. 14. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 176.
48. *Liek, Dekapsulation der Niere. Deutsche med. Ges. Chicago. Sitzg. vom 1. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1836.
49. *Lloyd, The results of renal decapsulation for chronic nephritis. Med. Record. New York. Bd. 81. p. 1030 u. Southern Med. Journ. Bd. 5. Nr. 3.
50. *Marsan, F., Les néphrites chroniques douloureuses. Journ. d'Urol. Bd. 1. p. 85.
51. *Mayo, W., The incision for lumbar exposture for the kidney. Annals of Surg. Bd. 55. p. 63.
52. *Médot, A., De la néphrectomie latérale. Thèse de Paris. 1911/12. Nr. 247.
53. Michaud, Les fistules rénales transpéritonéales. Thèse de Bordeaux. 1911/12. (Zwei neue Fälle.)
54. *Musso, G., Einwirkung der Nierenentkapselung auf die Nierenfunktion. Riforma med. Nr. 25.
55. Oraison, Chirurgische Behandlung der Anurie. Paris méd. 4. Mai.
56. Payr, Duodenalfistel nach Nephrektomie. Med. Ges. Leipzig. Sitzg. vom 2. Juli.

Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2259. (Freilegung des Duodenum durch Lumba·schnitt, Naht.)
57. *Penkert, Über Nierendekapsulation. Ärzteverein Halle. Sitzg. vom 30. Okt. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2892.
58. *Pfeifer, G., Normale Geburt nach Exstirpation einer Niere. Gyógyászat. 1911. Nr. 10. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1195.
59. Placzek, Nierenresektion. Demonstrationsabend Krankenhaus Hasenheide. 13. Nov. 1911. Med. Klinik. Bd. 8. p. 169. (Resektion eines vereiterten Niereninfarkts bei einer Schwangeren.)
60. Prosorowsky, N. M., Zur Eklampsiefrage; Dauerresultate von Nierendekapsulation bei Eklampsie. . Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 3. p. 274. (Ein Fall, in welchem drei Monate nach der Operation die Funktionsfähigkeit beider Nieren normal war und weitere Entbindungen ohne schädigenden Einfluss blieben.)
61. Renner, Dauererfolge der Nierenchirurgie. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Chir. 41. Kongress. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. Kongressbeil. p. 72. (Statistische Mitteilungen über Nephropexie, Operationen bei Hydronephrose, Eröffnung paranephritischer Abszesse, Pyelo- und Ureterotomie wegen Nierensteinen, ferner über Niereneiterungen, Tuberkulose, Tumoren, polyzystische Degeneration und Solitärzysten.)
62. Rihmer, Nephrektomie wegen einseitiger Schrumpfniere. Ärzteverein Budapest. Sitzg. vom 23. Febr. Wiener med. Wochenschr. Bd. 62. p. 280. (Bei Schmerzen und aszendierender Eiterinfektion.)
63. *Rochet, Contribution à l'étude des néphrites chroniques douloureuses et de leur traitement chirurgical. Lyon chir. Bd. 6. p. 249.
64. *Schmit, Dekapsulation bei Eklampsie. Ärzteverein Oberösterreich. Sitzg. vom 9. Nov. 1911. Wiener med. Wochenschr. Bd. 62. p. 729.
65. Schrimpf, W., Über Nierendekapsulation in der Behandlung der Eklampsie. Inaug.-Diss. Würzburg. (Ein Fall mit raschem Eintritt der Diurese.)
66. *Sippel, A., Über Eklampsie und die Erfolge der Nierendekapsulation bei Eklampsie. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 3. p. 259.
67. Sitenko, Vier Fälle von Nierenanomalien. Charkovsk. med. Journ. Nr. 2.
68. *Siter, E. H., Resultate von Experimenten über die Dekapsulation der Nieren und die Schaffung eines Kollateralkreislaufs. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 15. Nr. 6.
69. Smith, O. C., Four kidney specimens (Tuberculosis 3, stone 1). New England Branch of the Amer. Urol. Assoc. Sitzg. vom 28. Nov. 1911. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 167, p. 20. (Vier erfolgreiche Nephrektomien.)
70. Spencer, W. G., Relief following bilateral nephrotomy and drainage for acute nephritis attended by suppression of urine and uraemic convulsions. Lancet. Bd. 1. p. 1607 u. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 1300. (Sofortige Wiederherstellung der Funktion und vollständige Heilung nach zwei Monaten.)
71. *Stanischeff, N. M., Zur Nierendekapsulation bei Eklampsie. Inaug.-Diss. München 1910.
72. *Umfrage über die Entkapselung der Niere bei akuter und chronischer Nierenentzündung. Med. Klinik. Bd. 8. p. 1104.
73. *Wagner, E., Die Nierendekapsulation bei Eklampsie, nebst eigenen kasuistischen Beiträgen. Inaug.-Diss. Heidelberg.
74. Wendel, Nierenchirurgie. Med. Ges. Magdeburg. Sitzg. vom 2. Nov. 1911. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 446. (Drei Fälle von Nierentuberkulose, in deren einem eine schwere Blasentuberkulose durch Tuberkulin und Spülungen nachträglich beseitigt wurde; zwei Mischtumoren, ein Lipomyosarkom und ein kongenitales Adenosarkom; endlich ein Hypernephrom in Hufeisenniere, durch Exstirpation geheilt.)
75. *Zesas, D. G., Die chirurgische Behandlung der Nephritis. Volkmanns Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 666.
76. *Zondek, Beitrag zu den Gefahren der Nephrotomie. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 79. Heft 3.
77. *— Zur Lehre von der intrarenalen Drucksteigerung und der chirurgischen Behandlung der Nephritis. Arch. f. klin. Chir. Bd. 99. Heft 2 u. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Chir. 41. Kongr. Zentralbl. f. Chir. Bd 39. Kongressbeil. p. 74.

Bonzani (11) fand, daß die chirurgischen einseitigen Nephropathien (Tuberkulose, Lithiasis) die kompensatorische Vergrösserung der anderen Niere vorbereiten, so dass zur Zeit der Nephrektomie die andere Niere bereits grösstenteils die Funktion übernommen hat.

In den ersten Tagen nach der Operation tritt Verminderung der sekretorischen Arbeit auf, bis zum 10. Tage Vermehrung gegen die Zeit vor der Operation und von da ab stellt sich allmählich das Gleichgewicht wieder her.

Mayo (51) schlägt zur Freilegung der Niere einen am äusseren Rande des M. erector trunci schräg nach abwärts gegen den Darmbeinkamm verlaufenden Schnitt vor, der eine Durchtrennung der 12. Rippe und eine Eröffnung der Pleura vermeiden lässt.

Médot (52) empfiehlt zur lateralen Freilegung der Niere, welche die Niere ohne Zerrung und Verletzung zu luxieren erlaubt, eine Schnittführung vom unteren Rand der 10. Rippe in der Axillarlinie schräg bis zur Spina a. s. o. i.

Ekehorn (18) empfiehlt die lumbale Freilegung der Nieren nicht durch Durchschneidung der Muskelschichten nach dem Hautschnitt, sondern mittelst stumpfer Durchtrennung der Muskelfasern voneinander.

Gerster (23) veröffentlicht die Resultate von 112 Nierenexstirpationen, und zwar 61 bei Pyonephrose, davon 31 bei Lithisais mit Pyonephrose und 30 ohne Steine. Die Mortalität betrug für die primäre Nephrektomie 10, für die sekundäre 19,35%. Die Zahl der Fälle von Nierentuberkulose beträgt 18, davon wurden 17 operiert und zwar 14 mal mit 4 Todesfällen, die primär und 3 mal (ohne Todesfälle) sekundär nephrektomiert wurden. Der Tod erfolgte an Suppressio urinae, Diphtherie (? Ref.) der Blase, allgemeiner Miliartuberkulose oder akuter Anämie durch den Blutverlust. Zwei Fälle von Echinococcus der Niere und einer von polycystischer Degeneration wurden ohne Todesfall nephrektomiert. 10 Hydronephrosen wurden mit 3 Todesfällen nephrektomiert (Urämie, sekundäre Infektion mit Peritonitis und Shock). Aus 18 Fällen von Nierengeschwülsten (1 zystischem Adenom, 7 Sarkomen, 7 Hypernephromen und 3 Karzinomen) berechnet sich eine Mortalität von 44,4%; Todesursachen waren Shock, Peritonitis, Pneumonie und Rezidive.

Hermanns (31) teilt 34 Fälle von chirurgischen Nierenerkrankungen mit, darunter 22 Fälle von Tuberkulose, 3 von Steinniere, 2 von eitriger Pyelonephritis, 2 von hämorrhagischer Nephritis, 2 von Fehlen einer Niere und je einen Fall von Ureterfistel, von einseitiger Albuminurie und von essentieller Hämaturie. Von den Funktionsprüfungsmethoden ergab die experimentelle Polyurie nach Albarran die besten Resultate, jedoch wurden auch bei ihr Versager beobachtet. Wegen der schwierigen Technik wird jedoch in einfacheren Fällen die Phloridzinprüfung nach Caspar für genügend erklärt. Die Fälle von einseitiger Albuminurie und essentieller Hämaturie beweisen, dass mit Hilfe der funktionellen Methoden nur die Funktionstüchtigkeit, nicht aber der Umfang der anatomischen Läsion einer Niere festgestellt werden kann. Da alle funktionellen Prüfungen versagen können, müssen in komplizierten Fällen alle Untersuchungsmethoden, vor allem die chemische und mikroskopische Untersuchung des Harnes zur Anwendung kommen.

Kappis (35) empfiehlt die lokale Novokainanästhesie bei Nierenoperationen, namentlich wenn die andere Niere nicht intakt ist und glaubt, dass dadurch die postoperative Narkosennephritis in der zurückgebliebenen Niere vermieden werden könne. Von Skopolaminanwendung bei Nierenkranken wird abgeraten.

Gauraz (22) erklärt unter Analyse von 10 einschlägigen Fällen die sekundäre Nephrektomie stets dann für indiziert, wenn nach einem primären Eingriff eine Fistel zurückbleibt, vorausgesetzt, dass die andere Niere gesund ist. Besonders tritt die Indikation auf bei nach Nephrolithotomie und nach Öffnung und Drainage einer tuberkulösen Pyonephrose zurückgebliebenen Fisteln. Subkapsuläre Ausschälung und rasche Ausführung der Operation unter Anwendung möglichst geringer Chloroform-Mengen werden dringendst empfohlen.

Hartmann und Henry (30) halten die Schwangerschaft für keine Kontraindikation gegen Nierenoperationen, weil während der Schwangerschaft den Nieren eine geringere Leistung zugeschrieben wird als ausserhalb derselben. Auch Schwangerschaften nach Nephrektomie zeigen keine besonderen Gefahren.

Pfeifer (58) beobachtete zwei Fälle von ungestörter Schwangerschaft und Geburt nach Nierenexstirpation.

Kümmell (39) berichtet über 13 Fälle von gut verlaufener Gravidität nach Nephrektomie aus verschiedenen Ursachen. Bei einseitiger Erkrankung ist eine Gravidität nicht gefährdet, bei doppelseitiger Erkrankung ist Heirat und Konzeption zu widerraten oder der Abort einzuleiten.

In der Diskussion teilen Sarwey einen Fall von Schwangerschaftsniere nach Nephrektomie und Prochownik 6 Fälle von Schwangerschaft nach Nephrektomie mit, von denen 5 günstig verliefen.

von Haberer (25) beobachtete schwere Nierenblutung nach Nephrotomie, welche

die Nephrektomie notwendig machte; er empfiehlt den Marwedelschen Querschnitt, den er bei Resektion einer grossen Nierenzyste mit Vorteil benutzte.

Zondek (76) erklärt ebenfalls die Nephrotomie als einen nicht harmlosen Eingriff, der nur im Falle dringender Notwendigkeit auszuführen ist, wenn die Pyelotomie nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

Isobe (34) fand nach Dekapsulation und Netzeinhüllung deutliche, aber nicht genügende Vermehrung der Kapselkollateralen, dagegen reichlichere nach Nephrotomie mit Netzimplantation, während Nephrotomie allein wirkungslos bleibt. Am besten wirkt Kombination von Dekapsulation, Skarifikation, Nephrotomie, Netzimplantation und Netzumhüllung.

Liek (48) schliesst aus Tierversuchen, dass durch die Dekapsulation die Entwickelung eines neuen Kollateralkreislaufes der Niere nicht erzielt wird. Wenn sich bei Nephritis und Eklampsie die Harnsekretion bessert, so kann dies durch Reflexwirkung, wie bei einfacher Blosslegung oder Massage der Niere bewirkt werden.

Musso (54) konnte weder bei gesunden noch bei erkrankten Nieren nach Dekapsulation eine Funktionsbesserung beobachten.

Siter (68) fand bei Tierversuchen nach transperitonealer Entkapselung eine bleibende Vergrösserung der Niere. Wenn die Niere in Netz eingewickelt wurde, so entwickelten sich Kollateralbahnen, die 10 Tage später nach Ligierung der Nierenarterie das Organ allein zu ernähren imstande waren.

Zondek (77) beobachtete an der akut hochgradig venös hyperämischen Niere Druckentlastung und Blutentziehung („Blutschwitzen"), besonders je dicker und weniger elastisch die fibröse Kapsel ist, ebenso bei Entkapselung nach Abklemmung der Nierenvene. Dagegen tritt bei luxierter Niere ohne Drehung des Stiels nur Austritt kleiner Bluttröpfchen an verschiedenen Stellen der Nierenoberfläche oder Austritt kleiner wässeriger Tröpfchen auf. Bei hochgradig venöser Hyperämie und innerhalb der ersten Tage nach Harnleiterunterbindung tritt solche Flüssigkeit in grösserer Menge aus, nach Staphylokokkeninjektion eine bald gerinnende Flüssigkeit. Durch ihre Entleerung wird unmittelbar nach der Entkapselung eine stärkere Füllung der in den peripheren Teilen der Niere gelegenen Blutbahnen ermöglicht. An Stelle der totalen Entkapselung wird die partielle, eventuell mit Skarifikation der Niere empfohlen.

Cholzow (14) will die Indikationen zur chirurgischen Behandlung der Nephritis nicht nur auf die Fälle von Anurie, starken Ödemen und Schmerzen, also Erscheinungen von intrarenaler Druckerhöhung beschränken, sondern sie auch auf mittelstarke Nephritiden mit mehr weniger bedeutenden Beeinträchtigungen des Allgemeinzustandes und mit Harnveränderungen ausdehnen. Um die Niere nicht durch Chloroformnarkose zu schädigen, wird die Lumbalanästhesie empfohlen. 3 Fälle von verschiedenartigen Nephritiden werden mitgeteilt, die durch die Operation (einmal Nephrotomie und zweimal Dekapsulation) wesentliche Besserung erfuhren. Bemerkenswert ist, dass in einem Falle nach einseitiger Operation auf der anderen Seite Schmerzen auftraten. Hier wurde die Niere enthülst und dann mit Netz eingehüllt, aber die Schmerzen verschlimmerten sich und erst die Wiederablösung des Netzes beseitigte rasch die Schmerzen. Bei der Ablösung des Netzes wurde starke Vaskularisation bemerkt. Im allgemeinen schwanden die Schmerzen nicht sofort nach der Enthülsung, was nicht auf intrarenale Druckerhöhung als Ursache hinweist. Die Dekapsulation ist der Nephrektomie wegen der Schonung des Parenchyms vorzuziehen. Einseitige Operation ist nur nach einseitiger Hämaturie, Schmerzhaftigkeit und Vergrösserung der Niere angezeigt.

Kümmell (40, 41) stellt bezüglich der chirurgischen Behandlung der Nephritis folgende Sätze auf: Die akute abszedierende Nephritis ist, sobald die Diagnose feststeht, durch Nephrotomie zu behandeln. Chronische Nephritis mit einseitigen Nierenschmerzen wird durch Dekapsulation oder noch besser durch Nephrotomie günstig beeinflusst, ebenso die chronische hämorrhagische Nephritis mit einseitigen Nierenblutungen. Dagegen ist bei chronischem Morbus Brighti die Operation erfolglos, jedoch wurden Anurie und Urämie günstig beeinflusst, auch Albuminurie, Zylindrurie können mehr oder weniger günstig beeinflusst werden.

In der Diskussion bestätigen Anschütz, Israel und Schlange die günstigen Erfolge der Nierenspaltung bei abszedierender Nephritis, während Meisel die Öffnung der Abszesse nach Kraske empfiehlt, was von Kümmell für ungenügend erklärt wird. v. Haberer hebt bei Nephrotomie die Gefahren der Blutung und Infarktbildung hervor, die bei dem Marwedelschen Querschnitt geringer sind, während Samter auch bei diesem Schnitt Infarktbildung und Nekrose beobachtet hat. Ferner erklärt sich Wulff gegen die Operation bei Morbus Brighti, während Rothfuchs in zwei Fällen die Harnretention beseitigen und Ödeme und Albuminurie vermindern konnte.

Lehmann (46) erklärt die Dekapsulation für manche Fälle von Nephritis für eine berechtigte und wohltätig wirkende Operation, wenn auch die Edebohlssche Voraussetzung von einer neuen lebhafteren Gefässversorgung sich als irrig erwiesen hat und wenn auch der nephritische Prozess nicht, oder wenigstens nicht dauernd beeinflusst wird. Indiziert ist die Operation vor allem bei Nephralgien und angioneurotischen Nierenblutungen, ferner ist sie lebensrettend bei akuter Nephritis mit Oligurie, Anurie und Urämie, wo auch auf die Ausheilung der Nephritis günstig gewirkt werden kann. Bei Urämie infolge chronischer Nephritis ist sie nur dann berechtigt, wenn es sich um eine akute Exazerbation handelt und die Nieren noch funktionsfähig sind. Bei eitrigen Nephritiden ist sie mit der Drainage des Nierenbeckens zu verbinden, wenn nicht von vorneherein die Nephrotomie ausgeführt werden muss. Die Wirkung der Operation beruht auf Druckentlastung und dadurch bewirkter zeitweiliger Besserung der Zirkulationsverhältnisse und in mächtiger Anregung der Diurese.

In der Diskussion teilt Asch 6 Fälle von Dekapsulation bei Eklampsie mit 5 Erfolgen mit. Hirt verlangt bei eingeklemmter Niere, reflektorischer Anurie und bei nicht ganz aufgeklärten Fällen von Nephritis vor der Dekapsulation den Ureterenkatheterismus und warnt bei infizierter Niere vor gleichzeitiger Ausführung der Dekapsulation und Spaltung.

Leonardo (47) befürwortet die Operation der akuten Nephritis bei sonst nicht zu beseitigender Anurie und Blutungen, die der chronischen bei Verschlimmerung, Urämie, heftigen Schmerzen und Blutungen. Bei akuter Nephritis wird die Enthülsung mit Nephrotomie, bei chronischer die Dekapsulation allein empfohlen, bei Blutungen und Nephralgien muss wegen der Möglichkeit von vorhandenen Steinen nephrotomiert werden. Zur Narkose eignet sich die Lumbalanästhesie.

Lloyd (49) tritt auch bei chronischer Nephritis für die Entkapselung der Niere ein, welche zwar keine anatomische Heilung, aber klinisch oft erhebliche Besserung bewirkt.

Zesas (75) sieht die Wirkung der Dekapsulation bei Nephritis lediglich in der Druckentlastung der Niere und erklärt sie für indiziert, wenn eine durch intrarenale Drucksteigerung bewirkte Oligurie und Anurie auf anderem Wege nicht zu heben ist, also besonders bei akuter, aber auch bei chronischer Nephritis, ferner bei zirkumskripter Nephritis mit Blutungen und bei der Koliknephritis, endlich bei Eklampsie mit Urämie. Die nächste Wirkung der Operation ist eine stark gesteigerte Diurese. Die Nephritis selbst wird durch die Dekapsulation nicht beeinflusst, sie ist daher nur eine Palliativoperation.

Baum (10) erwähnt zwei Fälle von beiderseitiger Dekapsulation bei schwerer Nephritis, Ödemen und Urämie bei Kindern, von denen eines seit fünf Jahren vollständig geheilt ist.

Kümmell erklärt bei einer Umfrage (72) die Enthülsung der Niere für indiziert bei Urämie und Anurie, bei chronischer Nephritis, wenn die innere Behandlung erfolglos blieb, besonders bei Nephritis dolorosa und haemorrhagica, bei akuter Nephritis durch Scharlach und Intoxikationen und bei Eklampsie. de Quervain hält sie besonders bei septischer Nephritis angezeigt und hat bei akuter infektiöser Nephritis mit Urämie sofortige, aber nur vorübergehende Herstellung der Diurese gesehen. Ritter sieht die Indikation gegeben bei Eklampsie, Anurie, Urämie, Rindenabszessen und septischer Nephritis, Tietze bei Nephralgie, Oligurie, Urämie durch chronische Nephritis bei akuter Exazerbation und bei Eklampsie, Israel bei Anurie und Urämie infolge von akuter Nephritis und Eklampsie, bei Schmerzen infolge von chronischer und einseitiger Nephritis und bei Nierenblutungen; bei Anurie und Urämie hat Israel nur die Nephrotomie mit Erfolg ausgeführt. Enderlen glaubt, dass die Entspannung Nutzen stiften kann. Pels-Leusden hält die Operation für aussichtsvoll bei Anurie infolge von Intoxikation. Skeptisch äussern sich Friedrich, Kausch, Neumann, Witzel, Küttner und Anschütz, ablehnend Bardenheuer. Müller hat in einem Falle von akuter schmerzhafter Nephritis guten Erfolg gesehen. Schloffer empfiehlt sie bei Anurie infolge akuter Nephritis und Eklampsie, bei chronischer Nephritis mit Schmerzen und Blutungen, vielleicht auch bei akuter, pyogener Nephritis.

Frey (21) hat bei dem sogenannten zerebralen Typus der Urämie die Lumbalpunktion mit Erfolg angewendet.

Marsan (50) charakterisiert die chronische schmerzhafte Nephritis als einseitige und sogar parzelläre Erkrankung und beschreibt als Begleiterscheinung eine sklerosierende Perinephritis mit Adhäsionen der verdickten fibrösen Kapsel und teils atrophischer, teils stark vergrösserter Niere. Es wird eine perinephritische, kongestive, gemischte, Brightsche und hämorrhagische Form unterschieden. Die Schmerzanfälle werden auf die kongestive Hyperämie zurückgeführt. Zur Behandlung wird die Dekapsulation und die Nephrotomie vorgeschlagen.

Rochet (63) führt die Schmerzen bei Nephritis — abgesehen von Eiterungen — auf

venöse Stase zurück; zu ihrer Beseitigung dient die Dekapsulation oder Nephrotomie, die aber die Nephritis wahrscheinlich nicht beseitigt.

Albrecht (1) berechnet aus 62 Fällen von Nierendekapsulation bei Eklampsie eine Mortalität von 33%, welche Ziffer er angesichts der grösstenteils schweren Fälle für günstig erklärt, jedoch will er ein abschliessendes Urteil über den Wert der Operation noch nicht abgeben.

Balser (8) stellt 98 Fälle von Dekapsulation der Nieren bei Eklampsie zusammen, und zwar 91 von doppelseitiger Operation nach der Entbindung mit 37 Todesfällen, und kommt zu dem Schlusse, dass die theoretischen Voraussetzungen für die Begründung der Operation nicht ausreichend sicher gestellt sind, dass die Indikationsstellung so wenig präzis zu fassen ist, wie bei keinem anderen operativen Eingriff, und dass der Erfolg zahlenmässig mit einiger Sicherheit nicht anzugeben ist. Zwei Fälle von Wundinfektion und Jodoformvergiftung beweisen die Gefahr des Eingriffs. Angesichts der Erfolge der Stroganoffschen Behandlung wird der Zukunft der Dekapsulation keine gute Prognose gestellt.

De Bovis (12) beurteilt den Wert der Nierendekapsulation für die Behandlung der Eklampsie sehr skeptisch und berechnet die Mortalität der Eklampsie bei Dekapsulierten auf 40%.

Commandeur (15) bestätigt die günstige Wirkung der Dekapsulation bei Eklampsie, hält sie aber nur bei länger dauernder Anurie für indiziert.

Fairchild (19) erklärt die Dekapsulation in Fällen von Nephritis mit degenerativen Veränderungen für nutzlos, dagegen für andere Fälle für empfehlenswert. In der Diskussion führen Wood, L. E. Schmidt und Vecki günstige Fälle an, besonders bei Hämaturien.

Holländer (33) verwirft bei Eklamsie die Dekapsulation.

Kermauner (36) bezeichnet das Resultat der Dekapsulation bei Eklampsie als im allgemeinen minderwertig und die Indikation für den Eingriff als nicht präzis zu fassen. Die Wirkung glaubt er in den Blutverlust — als gleich einem Aderlass — verlegen zu sollen.

Kirkley (37) hält den Wert der Nierendekapsulation bei Eklampsie für sehr zweifelhaft.

Lance (43) erklärt den Wert der Nierendekapsulation bei Eklampsie für keineswegs feststehend und empfiehlt die Operation nur als Ultimum refugium, wenn die Entbindung, die gewöhnlichen Mittel und der Aderlass erfolglos geblieben sind.

Penkert (57) beobachtete vollständige Heilung bei Schwangerschaftsniere nach doppelseitiger Dekapsulation, die die zurückgebliebenen und gegen jede andere Therapie hartnäckigen Ödeme und Albuminurie zum Verschwinden brachte, ferner eine Heilung nach einseitiger Enthülsung wegen schwieliger Degeneration der Nierenkapsel infolge von Glutäalabszess.

Schmit (64) beobachtete sofortigen Erfolg bei Eklampsie durch Nierendekapsulation.

Sippel (66) bekämpft die von Poten gegen die Nierendekapsulation bei Eklampsie vorgebrachten Einwände, indem er betont, dass einerseits durch starke qualitative und quantitative Herabsetzung oder völlige Unterdrückung der Harnsekretion die Prognose erheblich verschlechtert und eine Lebensgefahr hervorgerufen wird, während andererseits durch die Dekapsulation eine kräftig wirkende Hebung und Förderung der herabgesetzten oder unterdrückten Nierensekretion bewirkt wird. Die Operation ist auszuführen, bevor die Nierenschädigung zuweit vorgeschritten ist.

Stanischeff (71) beschreibt drei Fälle von Dekapsulation bei nach der Entbindung fortdauerndem eklamptischem Koma mit Oligurie bzw. Anurie mit sofortigem Wiedereintritt der Harnsekretion in einem Falle, aber Misserfolg in den zwei anderen Fällen. In den letzteren zwei Fällen war die Niere nicht vergrössert und die Kapsel nicht gespannt.

Wagner (73) berichtet über vier Fälle von Nierendekapsulation bei Eklampsie mit drei auffallenden Besserungen der Nierenfunktion und Genesung (die vierte Operierte war bereits moribund). Stets wurden auffallend kleine und embryonal gelappte Nieren vorgefunden. Da eine intrarenale Drucksteigerung niemals vorhanden war, wird angenommen, dass die Knetung und Bearbeitung der Niere bei der Operation die Hauptursache für die Erholung der Nierenfunktion ist.

4. Bildungsanomalien.

1. *Botez, G., Considérations sur la pathologie et la chirurgie du rein en fer à cheval. Journ. d'Urol.. Bd. 1. p. 193.
2. Braasch, The clinical diagnosis of congenital anomaly in the kidney and ureter. Annals of Surg. Bd. 56. p. 726. (Bericht über 11 Hufeisennieren, 6 Solitärnieren, 5 atrophische und 3 Beckennieren, acht Fälle von Verdoppelung des Nierenbeckens und Harnleiters und fünf Teilungen der Harnleiter. Diagnose mittelst Pyelographie.)

3. *Eisendraht, D. N., Clinical importance of horseshoe kidney. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 15. Nr. 4.
3a. Enderlen, Zwei Fälle von Hufeisenniere. II. Tagung d. Vereinig. bayr. Chir. 6. Juli. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1978. (Ein Fall mit Hydronephrose, keilförmiger Exzision und Vernähung; eventuell Vorschlag der seitlichen Anastomose zwischen Ureter und Nierenbecken.)
4. *Franz, F., Zur Chirurgie der Hufeisenniere. Inaug.-Diss. Würzburg 1911.
5. Gastaldi, M., Contribution à l'étude de l'inégalité du volume des reins et de l'atrophie congénitale unilatérale. Thèse de Paris. 1910/11. Nr. 101. (Führt kongenitale Atrophie einer Niere auf eine intrauterine mechanische Entwickelungsstörung oder Erkrankung zurück.)
6. Geddes, A. C., Abnormality of the urine systeme. Brit. Med. Assoc. 80. Jahresvers. Sect. of Anat. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 769. (Rechtsseitige Solitärniere mit zwei Nierenbecken und Ureteren, von welchen der tiefer entspringende nach links verlief und hier an normaler Stelle in die Blase mündete. Sektionsbefund bei einer alten Frau.)
7. Jianu, J., und O. Meller, Hypogenetische Nephritis. Zentralbl. f. Path. Bd. 23. Nr. 17. (Kongenital in der Entwickelung gehemmte Nieren neigen besonders zu entzündlichen Erkrankungen.)
8. *Kobylinski, Th. L., Heminephrektomie bei Hufeisenniere. Fol. urol. Bd. 6. Nr. 2.
9. Kufs, Über die Kombination eines chronischen, idiopathischen Hydrozephalus eines Erwachsenen mit Syringomyelie und Hufeisenniere. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 48. Heft 3.
10. *Legueu, F., und E. Papin, Le rein en fer à cheval; étude anatomique, pathologique et chirurgicale. Revue de Gyn. et de chir. abdom. Bd. 18. p. 277.
11. Malinowski, L., Durchtrennung einer auf die Aorta drückenden Hufeisenniere. XI. Kongr. russ. Chir. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 612. (Ein erfolgreicher Fall.)
12. Nemenow, M. N. J., Angeborene Missbildungen des Harnapparates. Fortschr. d. Röntgenstrahlen. Bd. 18. Heft 3. (Nachweis einer Beckenniere und eines überzähligen, abnorm ausmündenden Ureters durch Kollargolfüllung und Durchleuchtung.)
13. Vromen, M., Ein Fall von Missbildung der Geschlechtsorgane und kongenitaler Verlagerung der Niere. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. p. 400. (Rechtsseitige Lendenbeckenniere von Kuchenform mit einer Vene und vier Arterien, bei gleichzeitigem Uterus unicornis mit Fehlen der rechten Tube, aber gut entwickelten, jedoch hochliegenden Ovarien.)

Holzbach (c. 6. 28) macht auf die häufige Koinzidenz von Uterusmissbildungen und Nieren- und Ureterdefekt aufmerksam.

Legueu und Papin (10) sammelten 238 Fälle von Hufeisenniere, darunter 222 mit der Konkavität nach oben und geben die genaue anatomische Beschreibung von 10 Fällen mit Berücksichtigung der verschiedenen Arten der Lage der Nieren und des Verbindungsstückes.

Botez (1) berechnet eine Hufeisenniere auf 715 Autopsien und 143 Nierenoperationen. Bei Störungen durch eine gesunde Hufeisenniere wird die vollständige Trennung des Isthmus notwendig. Die Hufeisenniere disponiert zu Erkrankungen (Hydronephrose, Steinbildung, Infektionen), so dass alle Arten von operativen Eingriffen notwendig werden können. Es werden 61 Operationsfälle mitgeteilt, darunter 32 Heminephrektomien, 6 Lithotomien, 5 Nephrostomien und 4 Pyelotomien mit 20 % Operationsmortalität.

Eisendraht (3) hebt bei Hufeisenniere, Kuchenniere und den Übergangsformen die Häufigkeit der Hydro- und Pyonephrose und der Steinbildung infolge des höheren Ursprungs und des gewundenen Verlaufes der Ureteren hervor und empfiehlt zur Diagnose die Röntgendurchleuchtung mit schattengebenden Kathetern und die Pyelographie.

Franz (4) beschreibt einen Fall von Hufeisenniere mit heftigen kolikartigen Beschwerden, in dem auch die Nierenbecken miteinander in Verbindung standen. Die rechte Niere wurde mit dem Verbindungsstück exstirpiert und dadurch die Beschwerden beseitigt.

Kobylinski (8) bespricht die chirurgisch wichtigen Eigentümlichkeiten der Hufeisenniere, besonders den Isthmus, die Anordnung der Nierenbecken und Ureteren, die Gefässversorgung und die Häufigkeit der tieferen Lage. Die Hufeisenniere an sich kann Beschwerden hervorrufen, besonders Leibschmerzen durch Druck des Isthmus auf den Aortenplexus. Disponierend ist die Hufeisenniere besonders zu Retentionen, Hydro- und Pyonephrose und Steinbildung. Ein Fall von Hydronephrose und Heminephrektomie wird

mitgeteilt; das Bestehen einer Hufeisenniere war durch Fühlen des Isthmus vor der Operation vermutet worden.

5. Sekretionsstörungen, Blutungen.

1. *Adrian, C., Gibt es eine wirkliche Reflexanurie? Fol. urol. Bd. 7. Sept.
2. Aynesworth, K. H., Unilateral hematuria. Amer. Journ. of Urol. Bd. 8. p. 304. (17 tägige Nierenblutung durch hämorrhagische Glomerulotubularnephritis. Heilung durch Nephrektomie.)
3. Baade, L., Über totale Anurie im Wochenbett. Inaug.-Diss. München 1910. (Durch akute Nephritis, wahrscheinlich infolge von Eintritt einer Infektion bei bestehender Schwangerschaftsniere.)
4. Ballance, Ch. A., Renal haemorrhage. Lancet. Bd. 1. p. 142. (Inzision des Nierenbeckens und Entfernung der Gerinnsel; die Niere selbst schien gesund.)
5. *Barringer, B. S., Hematuria of nephritis and renal papillitis from surgical standpoint. Amer. Journ. of Urol. Bd. 8. p. 229.
6. — Unilateral kidney hemorrhage controlled by injection of human blood-serum. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 59. p. 1538. (Sofortige Stillung der Hämaturie nach Injektion von 20 ccm.)
7. Bell, A. M., Hematuria. New York Med. Journ. Bd. 95. p. 1206. (Kurze Bemerkungen über Nieren- und Blasenblutungen.)
8. Bérard, Deux néphrectomies pour hématuries, sans lésions décelables de tuberculose, de calculose on de tumeur rénale. Soc. de Chir. de Lyon. Sitzg. vom 29. Febr. Revue de Chir. Bd. 45. p. 1015. (Ein Fall von Steinniere und ein Fall von Hämaturie auf entzündlicher Grundlage.)
9. Brunzel, H. F., Ein Fall von Verblutungstod aus der rechten Niere bei Agenesie der linken, zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der essentiellen Anurien. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 119. Heft 1/2. (Als angioneurotische Blutung aufgefasst; explorative Sectio alta ergab Fehlen der linken Uretermündung.)
10. Campani, A., La pseudofosfaturia. Gazz. degli Osp. e d. clin. Bd. 33. Nr. 76.
11. *Casper, L., Diagnose und Therapie der Blutungen aus dem Harnapparat. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1625.
12. *Castaigne, Lésions rénales unilatérales et urémie. Journ. des pract. Nr. 25.
13. *Cohn, Th., Zur klinischen Bedeutung des Fettharnes. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 202.
14. Colorni, C., Zwei Fälle von Hämaturie in der Schwangerschaft. Geb.-gyn. Ges. d. Marken u. d. Emilia. Sitzg. vom 10. Dez. 1911. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 648. (Eine vesikale Blutung durch Varixruptur bei Zwillingsschwangerschaft und eine renale bei Eklampsie.)
15. Coryllos und Portocalis, Un cas de chylurie à rechutes. Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris. Nr. 6. p. 264. (Chylurie bei zwei Geschwistern, wahrscheinlich parasitären Ursprungs.)
16. Costales, A. Hematuria. New York Med. Journ. Bd. 95. p. 1271. (Kurze Bemerkungen.)
17. *Courchet, L., Des hématuries dites essentielles. Thèse de Montpellier. 1911/12. Nr. 86.
18. *Dor und Moiroud, Les hématuries de la grossesse. Prov. méd. Nr. 13.
19. Dunlap, F., Chyluria. Kentucky Med. Journ. Bd. 10. Nr. 9.
20. Duval, E., Appendicite chronique d'emblée avec hématuries; appendicectomie, guérison. Normandie méd. Nr. 15. p. 344. (Starke Nierenblutungen infolge von Appendizitis.)
21. Eichhorst, Nephritische Form der Werlhofschen Krankheit. Med. Klinik. Bd. 8. p. 7. (Drei Fälle von hämorrhagischer Nephritis bei Purpura.)
22. Elsner, H. L., Renal hematuria. Amer. Journ. of Urol. Bd. 8. p. 567.
23. Eppinger, H., Über Melanurie. Biochem. Zeitschr. Bd. 28. p. 181. (Die Melanine werden häufig als Melanogen, das erst an der Luft allmählich schwarz wird, ausgeschieden.)
24. Essenson, S. J., Hematuria. New York Med. Journ. Bd. 95. p. 1272. (Kurze Besprechung der Ursachen und der Behandlung.)
25. Fowler, H. H., Profuse unilateral renal hemorrhage; nephrectomie. Amer. Journ. of Urol. Bd. 8. p. 249. (Auf entzündlicher Basis; Heilung.)

26. *Frisch, A. v., Über Hämaturie bei Appendizitis. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 30.
27. *Furniss, H. D., Renal hematuria, decapsulation, nephrectomy. New York Acad. of Med. Sect. on Obst. and Gyn. Sitzg. vom 24. Okt. Med. Record. New York. Bd. 82. p. 1185.
28. — Symptomless right renal hematuria. New York Obst. Soc. Sitzg. vom 13. Febr. Amer. Journ. of Obst. Bd. 65. p. 639. (Erfolglos mittelst Dekapsulation, Seruminjektion und Adrenalin behandelt. In der Diskussion von Grad auf entzündliche Vorgänge zurückgeführt.)
29. — Unilateral renal hematuria; decapsulation. New York Ac. of Med. Sect. on Surg. Sitzg. vom 7. April. Med. Record. New York. Bd. 81. p. 490. (Sofortige Beseitigung der Blutung; interstitielle entzündliche Herde in den Nieren.)
30. Gibb, W. B., Hematuria. New York Med. Journ. Bd. 95. p. 1148. (Kurze Bemerkungen über Diagnose und Therapie.)
31. *Granström, K., Nierenblutung mit Partus arte praematurus. Schwed. geb.-gyn. Sekt. Sitzg. vom 27. Jan. 1911. Hygiea. 1911. Nr. 3.
32. Harpster, C. M., Hematuria with case reports. Amer. Journ. of Urol. Bd. 8. Nr. 11. u. Ohio State Med. Journ. Bd. 8. Nr. 7.
33. Henrici, A. T., Hematuria. New York Med. Journ. Bd. 95. p. 1149. (Kurze Bemerkungen über die Ursachen der Nierenblutung.)
34. *Herrmann, O., Zwei Fälle von operativer Dekompression der Niere bei hochgradiger Kyphoskoliose. Inaug.-Berlin.
35. Hessel, K., Ein Fall von hysterischem Fieber, verbunden mit Anurie und hysterischem Bluterbrechen. Inaug.-Diss. Freiburg 1911.
36. Heubner, O., Über chronische Nephrose im Kindesalter. 84. Vers. deutscher Naturf. u. Ärzte. Sekt. f. Kinderheilk. Med. Klinik. Bd. 8. p. 1643. (Betont die Häufigkeit der hämorrhagischen Nephritis im Kindesalter.)
37. *Koch, E., Zur Frage der Herkunft der Massenblutungen ins Nierenlager. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 118. Heft 3/4.
38. Kolossow, G. A., Ein Fall von langdauernder Anurie durch Sublimatintoxikation. Fol. urol. Bd. 7. p. 165. (Viertägige Anurie nach Einnahme einer enormen Sublimatdosis. Dekapsulation erfolglos.)
39. Kratter, A., La decorticazione renale nelle ematurie dette essenziali. Riv. Veneta di sc. med. 1911. 31. März. (Ein Fall von Schmerzhaftigkeit und Hämaturie, Heilung durch doppelseitige Enthülsung der stark kongestinierten Nieren.)
40. Kretschmer, H. L., Profuse hemorrhages from urinary tract. Illinois Med. Journ. Bd. 22. Nr. 2.
41. — Value of cystoscopy in diagnosis of hematuria. Journ. of Indiana State Med. Assoc. Bd. 5. Nr. 8.
42. *Laewen, A., Zur Entstehung der Massenblutungen ins Nierenlager. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 118. Heft 3/4.
43. Lafforgue, Fall von Chylurie. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. Serie. Bd. 14. p. 25 (Wahrscheinlich parasitär.)
44. De Lange, C., Nephritis haemorrhagica chronica cum hydroperitoneo. Tijdschr. v. Geneesk. Nr. 12.
45. Ledomsky, Zur Nierenchirurgie. Wratsch. Gaz. Nr. 1. Sitzungsber. des XI. Kongr. russ. Chir. (Nur schwere Fälle von Nephritis haemorrhagica verlangen operative Behandlung. Ledomsky bringt einen Fall von Periureteritis, mit Fibrolipom des Harnleiters, wo letzterer mit der Niere exstirpiert wurde.) (H. Jentter.)
46. *Lippmann, A., Über hämorrhagische Nephritis bei Purpura. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1407.
47. Loeper, Oxalurie und Oxalämie. XIII. franz. Kongr. f. inn. Med. Paris. Gaz. des Hôp. Bd. 85. p. 1683. u. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 2439. (Unterscheidet eine physiologische, alimentäre, medikamentöse und pathologische Oxalurie, letztere bei Diabetes, Fettsucht, oxalsaurer Lithiasis, chronischem Rheumatismus, Gicht, Psoriasis, Leberkrankheiten, Dyspepsie, Neurasthenie etc.)
48. Matthews, J. P., Hematuria. New York Med. Journ. Bd. 95. p. 1271. (Empfehlung von Chinin bei Nierenblutungen.)
49. Miller, J. W., Hematuria. New York Med. Journ. Bd. 95. p. 1096. (Kurze Übersicht.)

50. *Mirabeau, S., Über paroxysmale Nierenblutungen. Gyn. Ges. München. Sitzg. vom 16. März 1911. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 242.
51. *Nelken, A., Essential hematuria. Amer. Journ. of Urol. Bd. 8. p. 352. u. Louisiana State Med. Soc. 33. Jahresvers. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 58. p. 1539.
52. Oraison, J., Cas d'hématonéphrose à symptomatologie anormale coëxistant avec un néoplasme du pourtour de l'orifice vésical de l'uretère. Gaz. hebd. des Sciences méd. de Bordeaux. p. 69. (Exstirpation der durch Blutung ins Gewebe und Blutzysten veränderten Nieren.)
53. *Pilcher, P. M., Über Nierenvarizen. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 15. Heft 1.
54. *Ricker, G., Bemerkungen zu der Abhandlung von A. Laewen: Über das sog. perirenale Hämatom und andere spontane retroperitoneale Massenblutungen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 114. Heft 1/3.
55. Ridder, Lipurie bei chronischer parenchymatöser Nephritis. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 23 u. 322. (Nach luetischer Infektion.)
56. *Ritter, Perirenales Hämatom. Breslauer chir. Ges. Sitzg. vom 11. Nov. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 2496.
57. Roque, G., und J. Chalier, Rôle du foie dans la production des hématuries au cours des néphrites dites hématuriques. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 187. (Nehmen Zirkulations- und Sekretionsstörungen der Leber als disponierendes Moment für das Auftreten von Blutungen bei Nephritis an.)
58. *Rosenberg, E., Beitrag zur Oxaluriefrage. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 1518.
59. *Santini, C., Sulle ematurie cosidette essenziali. Riv. urol. 1911. Nr. 11.
60. Schauta, Blutung ins Nierenlager. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 13. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1709. (Fall einer Schwangeren gegen die rechte Flanke. Bluttumor, Hämaturie, Nephrotomie; Schwangerschaft ungestört.)
61. Schiffmann, Blutung ins Nierenlager. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 13. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1709. (In der Diskussion je ein Fall von Schauta bei einer Schwangeren mit Nephrotomie und ein Fall von Waldstein.)
62. *Schlichting, F., Spontane Blutungen ins Nierenlager. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 114. Heft 1/3.
63. Schostak, J. E., Fall von retroperitonealem Hämatom. Prakt. Wratsch. Nr. 45. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 183. Mannskopfgrosse, mit Gerinnseln gefüllte Höhle, Quelle der Blutung nicht aufgeklärt; Eröffnung, Tamponade, Heilung.)
64. *Seidel, Über Massenblutungen in das Nierenlager. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Chir. 41. Kongr. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. Kongressbeil. p. 76.
65. Silverberg, M., Hematuria. New York Med. Journ. Bd. 95. p. 1271. (Kurze Bemerkungen über Diagnose und Behandlung.)
66. Smith, E. O., Prophylaxis and treatment of postoperative anuria. Amer. Journ. of Urol. Bd. 8. Nr. 5.
67. Sondern, F. E., Phosphaturia and oxaluria. Amer. Journ. of Urol. Bd. 8. Nr. 1. (Unterscheidet septische und aseptische Phosphaturie und führt Oxalurie meist auf Verdauungsstörungen zurück.)
68. Squier, B., Nephropexie bei Hämaturie. Journ. of Amer. Med. Assoc. 1911. 2. Dez. (Katheterinfektion; bei Nephrotomie nichts Krankhaftes zu finden. Beseitigung der Hämaturie nach Fixation der verlagerten Niere.)
69. Stoerck, E., Hämaturie bei Appendizitis. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 7. Nov. Wiener med. Wochenschr. Bd. 62. p. 3350. (Ein Fall; Singer und Sternberg weisen in der Diskussion auf die anatomischen Beziehungen des Ureters zur Appendix hin.)
70. Swift, J., Diagnose der Hämaturien. Amer. Journ. of Derm. and Gen.-ur. Diseases. Bd. 16. p. 337. (Differentialdiagnose des Sitzes und der Ursache.)
71. Teleky, D., Hämaturie bei Frauen. Wiener med. Wochenschr. Bd. 62. p. 283 ff. (Übersichtsreferat.)
72. Tobiensen, F., Über akute hämorrhagische Nephritis bei Lungentuberkulose. Beitr. z. Klinik d. Tuberkulose. Bd. 24. Heft 1. (Die Nephritis wird durch Stoffwechselprodukte der Bazillen bewirkt, besonders nach Hämoptoe; 17 Fälle.)
73. Totzeck, R., Spontanblutungen in das Nierenlager. Inaug.-Diss. Jena 1911. (Grosses, die ganze Niere einhüllendes Hämatom, wahrscheinlich durch Ruptur einer Nierenzyste; wegen Fehlens der anderen Niere nur Inzision und Tamponade; Exitus durch Arteriosklerose.)

74. *Treub, H., Beitrag zur Frage der Schwangerschaftshämaturie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 28. u. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. Nr. 10.
75. Umber, Atropinbehandlung der Phosphaturie. Therapie d. Gegenw. März. (Empfehlung von Atropin, das die Azidität des Harns erhöht und dadurch die Kalkausscheidung im Harn verringert.)
76. Volk, M. L., Hematuria. New York Med. Journ. Bd. 95. p. 1098. (Kurze Übersicht und therapeutische Vorschläge.)
77. *Wentzel, K., Über Chylurie und Chylorrhoe. Inaug.-Diss. Heidelberg 1910.
78. Westrienen, A. F. A. S. van, Morbus Barlowii unter dem Bild einer hämorrhagischen Nephritis. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. Nr. 26.
79. *Williams, B. G. R., Oxaluria dolorosa. Med. Record. New York. Bd. 81. p. 890.
80. — Hematuria. New York Med. Journ. Bd. 95. p. 1272. (Diagnostische Bemerkungen.)

Adrian (1) erklärt eine wirkliche Reflexanurie für möglich, und zwar nicht bloss eine periphere, sondern auch eine renale Form.

Castaigne (12) betont, dass einseitige Nierenerkrankungen — Hydro- und Pyonephrose oder andere Infektionen — auf die andere Niere einwirken und Urämie hervorrufen können. Solche Nieren sind zu entfernen, Nephroptosen mit Intoxikationserscheinungen sind zu fixieren.

Herrmann (34) macht auf Nierenerkrankungen (Pyelitis, Steinbildung) und starke Nierenschmerzen bei Kyphoskoliose aufmerksam, und zwar sitzen dieselben auf der Seite der kompensatorischen Lendenkonvexität und sind durch die Kompression der Niere, besonders durch die unteren Rippen bedingt. In zwei Fällen wurden die Beschwerden durch Resektion von 2 bzw. 3 Rippen beseitigt.

Rosenberg (58) bezeichnet Darmstörungen als auslösende Ursache einer nicht alimentären, transitorischen Oxalurie.

Williams (79) betont, dass Oxalatkristallnadeln Schmerzen bewirken können, die die irrtümliche Diagnose auf Nierensteine veranlassen. Die Behandlung ist eine allgemein-diätetische und säurewidrige.

Wentzel (77) beobachtete Chylurie und Chylusausfluss aus dem Uterus nach tuberkulösem Aszites. Die Beimischung von Chylus zum Harn fand erst in der Blase statt, wo sich kystoskopisch Lymphgefässektasien um die Uretermündungen und im Trigonum nachweisen liessen.

Cohn (13) beschreibt zwei Fälle von Fettharn, in deren einem Falle er das Phänomen als Anfangssymptom eines Hypernephroms ansieht. Aus beiden Fällen wird geschlossen, dass chylöses Aussehen des Harnes an sich nicht geeignet ist, die Fettharne in lipurische und chylurische zu unterscheiden und dass für die Unterscheidung der mikroskopische Harnbefund entscheidend ist.

Casper (11) betont die Wichtigkeit auch kleiner mikroskopisch nachweisbarer Blutungen aus dem Harnapparat und die Wichtigkeit vor allem des Nachweises des Ortes der Blutung, wobei für Blase und Niere der Wert der Kystoskopie und des Ureterenkatheterismus hervorgehoben wird. Unter den Ursachen der Nierenblutung wird die Möglichkeit von Blutungen aus Nieren erwähnt, in welchen keinerlei pathologische Veränderungen nachzuweisen sind. Bei der Therapie wird die Wichtigkeit der kausalen Behandlung hervorgehoben, bei Blutungen aus „gesunden" Nieren in erster Linie die Nephrotomie, bei Lebensgefahr die Nephrektomie vorgeschlagen.

Barringer (5) führt die unilateralen Nierenblutungen in den meisten Fällen auf entzündliche Veränderungen zurück. Bezüglich der Unterscheidung von Tumoren wird auf die Abwesenheit einer nachweisbaren Nierenvergrösserung und auf die unveränderte Nierenfunktion, sowie auf das Lebensalter hingewiesen, indem entzündliche Hämaturien meist vom 20.—50., Geschwülste vom 40.—70. Jahre vorzukommen pflegen. Häufig wird die explorative Freilegung der Niere notwendig. Von operativen Eingriffen kommt die Dekapsulation, bei lebensgefährlicher Blutung die Nephrektomie in Betracht, die Nephrotomie wird verworfen.

Courchet (17) bestreitet das Vorkommen wirklich essentieller Nierenblutungen, die er stets auf Infektionen, toxische Einwirkungen oder auf lokale Entzündungsherde zurückführt.

von Frisch (26) beobachtete in zwei Fällen von Appendizitis Hämaturie, und zwar immer unmittelbar an eine von der Appendix ausgehende Kolik anschliessend. Die Blutung — ob einseitig oder doppelseitig, blieb ungewiss — lief in wenig Tagen ab und das Harnsedi-

ment enthielt fast ausschliesslich Blut- und nur wenige Epithelzylinder und spärliche einzelne Erythrozyten. Als Ursache wurden embolische oder thrombotische Prozesse angenommen.

Furniss (27) berichtet über zwei Fälle von Dekapsulation bei einseitiger Nierenblutung; in einem Falle hörte die Blutung sofort auf, im anderen war sie erfolglos, so dass die Niere, die zwei Nierenbecken und Ureteren besass, exstirpiert werden musste. In einem dritten Falle hörte die Blutung nach Katheterisation des Ureters auf, so dass ein Harnleiterpolyp vermutet wurde, der durch den Katheter vielleicht abgequetscht wurde.

Lippmann (46) beobachtete hämorrhagische Nephritis bei Purpura und hält besonders die Formen von allgemeiner Purpura für die Nierenerkrankung prädisponierend.

Mirabeau (50) führt die sogenannte essentielle Nierenblutung fast immer auf interstitielle nephritische Prozesse zurück und führt drei durch Nephrotomie und Dekapsulation dauernd geheilte Fälle (einen doppelseitigen) an. Stets handelte es sich um neuropathische Kranke und immer blieb beim Einsetzen der Nierenblutung die Menstruation aus, um in zwei Fällen nach Aufhören der Nierenblutung wieder einzusetzen. In der Diskussion gibt Brauser das Vorkommen einer angioneurotischen Nierenblutung zu und Theilhaber nimmt vasomotorische Störungen als Ursache an.

Nelken (51) empfiehlt bei Fehlschlagen der gewöhnlichen Blutstillungsmethoden bei Hämaturie die Dekapsulation mit oder ohne Fixation der Niere.

Pilcher (53) führt eine Anzahl von Nierenblutungen auf Nierenvarizen zurück, d. h. auf angiomatöse Veränderungen an den Nierenpapillen. Die Symptome bestehen in Blutungen ohne irgendwelche Zeichen von Entzündungen in der Niere. Die Therapie besteht in Nephrotomie, nur in schweren Blutungen in Nephrektomie.

Santini (59) führt die sogenannten essentiellen Hämaturien zum grössten Teil auf degenerative, chronisch-entzündliche Prozesse zurück, die wahrscheinlich auf toxischen Ausscheidungen beruhen; sie sind fast immer doppelseitig, wenn die Hämaturie selbst auch einseitig sich zeigt. In erster Linie kommen Nephrotomie und Dekapsulation, nur bei Misserfolg Nephrektomie in Betracht. Möglich, aber selten, sind Hämaturien durch nervöse vasomotorische Reflexe ohne anatomische Veränderung.

Dor und Moiroud (18) verstehen unter Schwangerschaftshämaturien solche, welche lediglich durch die Schwangerschaft bewirkt werden und mit ihrem Ablauf verschwinden. Renale Hämaturien werden durch Kongestion, Retention und toxische Einflüsse, vesikale durch Kongestion bei Blasenvarikositäten und durch Harnretention veranlasst. Zur Diagnose ist die Kystoskopie notwendig. Bei schweren Nierenblutungen kann die Unterbrechung der Schwangerschaft notwendig werden, bei leichteren Blasenblutungen werden Adrenalininjektionen, bei schwereren Aspiration der Blutklumpen, eventuell Sectio alta und Unterbindung des Gefässes empfohlen.

Granström (31) leitete bei renaler Hämaturie in der Schwangerschaft die künstliche Frühgeburt ein, nach der die Blutung schwand.

Treub (74) teilt 18 Fälle von renaler Schwangerschaftshämaturie (und eine von Blasenblutung) mit und hält die Schwangerschaft für fähig, in verschiedener Weise, durch Autointoxikation, durch passive und durch aktive Hyperämie Nierenblutungen zu bewirken, jedoch nur bei erkrankter oder allenfalls minderwertiger Niere.

Laewen (42) bestreitet die Annahme von Ricker, dass Massenblutungen ins Nierenlager auf Diapedesis beruhen. Wo ein zerrissenes Gefäss nicht gefunden wird, kann es sich um Blutung per diaeresin, d. h. durch Auseinanderweichen der krankhaft veränderten Wand handeln.

Seidel (64) unterscheidet bei den Blutungen in das Nierenlager eine subkapsuläre, eine intrakapsuläre und eine extrakapsuläre, von welchen die beiden ersten renalen Ursprungs sind, während die letztere extrarenal entstanden sein kann. Die perirenale Blutung renalen Ursprungs kann im Anschluss an chronische, eitrige und toxische Nephritis, Nierensteine, Hydro- und Pyonephrose, Arteriosklerose, Periarteriitis nodosa, Nierentuberkulose und Nierentumoren eintreten. Als Symptome werden Schmerz, Kollaps, häufig Temperaturerhöhung, Anämie, retroperitonealer Tumor, mehr oder weniger ausgedehnte Verfärbung der Haut, peritonitische und pleuropneumonische Symptome und Bewusstseinsstörung genannt. Aus leichteren Blutungen können Zystenbildungen entstehen. In schweren Fällen muss inzidiert und tamponiert, bei tiefgehender Nierenveränderung nephrektomiert werden. In der Diskussion werden von Schlichting, Körte, Goldmann und von Beck Fälle mitgeteilt.

Koch (37) fand als Quelle eines grossen Blutergusses ins Nierenlager die Nebenniere, deren Rinde in hochgradiger Weise Blutungen und in den kleinen Venen Thrombenbildung zeigte.

Ricker (54) führt die Blutungen ins Nierenlager auf Diapedesis zurück und nicht auf Berstung einer Arterie oder Vene (Laewen); die Massenhaftigkeit der Blutung und der plötzliche Schmerz sind nicht beweisend für Berstung eines Gefässes.

Ritter (56) beschreibt ein perirenales Hämatom mit schwerer Anämie bei hydronephrotischer Niere und an der Ursprungsstelle geknicktem Ureter. Die Diagnose wurde vor der Operation (Exstirpation) gestellt. Die Blutung ging von der Niere selbst aus.

Schlichting (62) beobachtete Blutung ins Nierenlager aus einer Stelle, an welcher sich ein würfelförmiges Gewebsstück bei der Kapselablösung aus der Niere ausstiess. Als Ursache der Abstossung wird Abszessbildung angenommen.

6. Verlagerung der Nieren.

1. Abbot-Anderson, M., Floating or movable kidney considered from the practitioners standpoint. Practitioner. Bd. 88. p. 625. (Empfehlung der Nephropexie.)
2. *Ach, Methode der Nephropexie. II. Tagung d. Vereinig. bayr. Chir. 6. Juli. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1979.
3. *Albrecht, H., Über kongenitale Nierendystopie. Gyn. Ges. München. Sitzg. vom 16. Nov. 1911. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 254.
4. *Anitschkow, Nierengefässe bei Nierendystopie. Virchows Arch. Bd. 207. Heft 2.
5. *Bell, F. M., New operation for fixation of kidney. New York Med. Journ. Bd. 95. p. 112.
6. *Billington, W., Treatment of movable kidney. Lancet-Clinic. Cincinnati. Bd. 107. Nr. 21.
7. *— Five hundred nephropexies. Kentucky Med. Journ. Bd. 9. Nr. 24. u. Illinois Med. Journ. Bd. 21. Nr. 1.
8. *Bretschneider, R., Beitrag zur kongenitalen Dystopie der Niere (Beckenniere). Arch. f. Gyn. Bd. 98. p. 315. u. Ges. f. Geb. u. Gyn. Leipzig. Sitzg. vom 19. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1115.
9. *Butkewitsch, T. G., Die Wanderniere und ihre operative Behandlung. Inaug.-Diss. St. Petersburg 1911. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 1389.
10. *Carstens, J. H., Nephropexy; the necessity of technic. Amer. Journ. of Surg. Bd. 26. p. 30.
11. Cates, B. B., Congenital pelvic kidney. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 167. p. 853. (Linksseitige Beckenniere mit vollständigem Fehlen des Uterus und der Scheide.)
12. *Cathelin, F., Entwickelungsgeschichtliche Erklärung der kongenitalen Nierendystopie. Fol. urol. Bd. 6. p. 649.
13. Ciukumowitsch, Angeborene Verlagerung der Niere mit kurzem Ureter. Russ. urol. Ges. Sitzg. vom 12. Mai 1911. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 146.
14. Crisler, J. A., Prolapsed kidney. Sonthern Med. Journ. Bd. 5. Nr. 5.
15. — Further considerations of prolapsed kidney. Intern. Journ. of Surg. Nr. 12.
16. Crowell, H. C., Some observations of movable kidney. Missouri State Med. Assoc. 55. Jahresvers. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 59. p. 59. (Leugnet den schädlichen Einfluss des Korsetts und empfiehlt Nephropexie.)
17. *Cuthbertson, W., Displaced and movable kidney. Chicago Med. Soc. Sitzg. vom 29. März. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 58. p. 1224.
18. *Deguillaume, A., Symptomes d'obstruction biliaire dans les affections chirurgicales du rein droit (rein mobile et hydronéphrose). Thèse de Paris 1910/11. Nr. 421.
19. *Déhillotte, P., Contribution à l'étude du rein mobile chez l'enfant; ses rapports avec l'albuminurie orthostatique. Thèse de Montpellier. 1910/11. Nr. 97.
20. *Eder, A., Zur Diagnose und Therapie der kongenitalen Nierendystopie. Inaug.-Diss. Königsberg 1910.
21. Faucher, Du mécanisme des ptoses abdominales et de leur curabilité par un procédé orthopédique rationnel. Ac. de Méd. Sitzg. vom 9. Jan. Presse méd. Nr. 3. p. 32. (Bindenbehandlung.)
22. *Fedorow, Über Nephroptose. Wratsch. Gaz. p. 26. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 1. p. 689.
23. — Verlagerung der Niere. XI. Kongr. russ. Chir. Moskau. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 609. (Die Grundsätze Fedorows sind in der Dissertation von Butkewitsch (9) niedergelegt.
23a. — Über Dislokation der Niere. Wratsch. Gaz. Nr. 1. Sitzungsber. des XI. Kongr.

russ. Chir. (Das Material des Verf. umfasst 66 Fälle. Für 30 Fälle liegen mikroskopische Untersuchungsbefunde vor: induratio cyanotica renum. Die Funktion der dislozierten Niere ist herabgesetzt. Symptomatologisch sind zwei Gruppen zu unterscheiden; mit Beschwerden seitens der Niere [Schmerzen, Veränderungen des Harnes etc.] und mit allgemeinen Beschwerden [Obstipation]. Diagnostisch wichtig ist die Pyelographie. Die operative Behandlung gibt guten Erfolg in Fällen mit mechanischer Ursache; bei neurasthenischer Niere ist die Operation kontraindiziert. In allen 66 Fällen hat Verf. mit vollem Erfolg seine kapsuläre Methode der Nierenfixation angewandt.) (H. Jentter.)

24. Fellner, L., Zur physikalischen Behandlung der Wanderniere. VII. Kongr. öst. Balneologen. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 1853. (Empfehlung der Massage nach Thure Brandt.)
25. Frank, Nephrektomie. Geb. Ges. Hamburg. Sitzg. vom 12. Nov. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 106. (Versuch der lumbalen Operation wegen Pyelitis; wegen angeborener Beckenniere war die Niere nicht zu erreichen und wurde durch Laparotomie exstirpiert; zur Diagnose wird von Seeligmann und Calmann Ureterkatheterismus und Röntgendurchleuchtung gefordert.)
26. *Hartung, J., Beitrag zur Chirurgie der Wanderniere. Inaug.-Diss. Heidelberg 1910.
27. *Hicks, Ph., On morbid states produced by chronic movable kidney. Practitioner. März.
28. *Hofbauer, Beckenniere. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 29. Juni. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 373.
29. *Hourtoule, V., Rein mobile et appendicite. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 795.
30. *Jazuta, K., Über Lageabhängigkeit der Nieren vom Dickdarmmesenterium. Wratsch. Gaz. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 1757.
31. Kakels, M. S., Sacral kidney simulating acute appendicitis. Med. Record. New York. Bd. 82. p. 1120. (Die irrtümliche Annahme einer Appendizitis veranlasste die Laparotomie und die Entfernung des Wurmfortsatzes, nach welcher die Beckenniere [rechte Niere] nachgewiesen wurde; die Niere wurde in ihrer Lage belassen.)
32. Klauber, O., Zur Chirurgie des Gallenblasensolitärsteines. Prager med. Wochenschr. Bd. 37. p. 93. (Erwähnt einen Fall von diagnostischem Irrtum, in welchem durch explorative Laparotomie eine in die Bauchhöhle frei bewegliche Niere festgestellt wurde.)
33. Küttner, Nephropexie und Appendektomie vom Nierenschnitt aus. Chir. Ges. Breslau. Sitzg. vom 8. Juli. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 1638. (Empfehlung eines schrägen Schnittes, der vorne das Peritoneum eröffnet.)
34. *Liddell, J., Ren mobilis und chronische Kolitis. Lancet. Bd. 2. p. 817.
35. Liepmann, Beckenniere, einhörniger Uterus, Ovarialanomalie. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 28. Juni. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. p. 766. (Siehe Vromen [g. 4. 13].)
36. *Lilienthal, H., Torsion der Niere, zwei Fälle. Amer. Journ. of Derm. and gen.-ur. Diseases. Bd. 16. p. 244.
37. Longyear, H. W., Surgery of displacements of kidneys and colon. Journ. of Michigan State Med. Soc. Bd. 11. Nr. 2.
38. *Lukina, A. G., Über einen Fall von Nierendystopie. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 894.
39. *Mackenzie, K. A. J., The rôle of the movable kidney and intestinal stasis. Amer. Med. Assoc. 63. Jahresvers. Sect. on Surg. New York Med. Journ. Bd. 95. p. 1220. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 59. p. 338.
40. Mac Laurin, C., Pathology and symptoms of movable kidney. Australas. Med. Gaz. Juni.
41. Marion, G., Hématurie grave avec infarctus rénaux due à une néphrite d'un rein mobile distendu et atrophié. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 545. (Rechtsseitige, entzündlich sklerosierte Niere mit erweitertem Nierenbecken und Kelchen, die bei der Palpation vergrössert schien. Nephrektomie.)
42. Melkoniantz, Über die Fixation der beweglichen Niere. Khirourg. Ark. Weljam. Bd. 27. Nr. 1.
43. *Morris, R. T., Determining importance of loose kidney. Arch. of Diagnosis. New York. Bd. 5. Nr. 2.
44. *Moser, E., Zur Operation der Wanderniere durch Anhängen mittelst eines Kapselzügels an der 12. Rippe. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 1571.
45. — Prolapsus vaginae mit allgemeiner Ptose, Nephroptose etc. Ärztl. Bez.-Verein

Zittau. Sitzg. vom 3. Okt. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 2049. (22jährige Frau.)
46. *Narath, A., Zur Operation der Wanderniere. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 1637.
47. *Osenstätter, P., Über die Wanderniere und deren Behandlung durch Nephropexie. Inaug.-Diss. München.
48. Reynard, J., und Th. Nogier, Ren mobilis mit Schmerzanfällen. Arch. d'électr. méd. p. 346. Ref. Zentralbl. f. inn. Med. Bd. 34. p. 319. (Irrtümliche Annahme eines Nierenbeckensteins bei Pyelographie.)
48a. Rodziewsky, Die Ätiologie und Therapie der Enteroptose. Wratsch. Gaz. Nr. 1. Sitzungsber. des XI. Kongr. russ. Chir. (Rodziewsky beobachtete ein neues Symptomenkomplex bei Ren mobilis: Lordose, Schmerzen im Schenkel und flektierte Lage desselben. Er spricht sich gegen die Nephropexie aus. Gute Resultate sah er nach Nephrotomie mit nachfolgender Tamponade.)
49. *Schilling, Dystopie der Niere, bewegliche Niere und Wanderniere. Deutsche Ärztezeitg. Nr. 3.
50. Seawell, J. W., Strangulated femoral hernia containing undeveloped kidney. California State Journ. of Med. Bd. 10. Nr. 4. (Die Niere wurde erst bei der Operation entdeckt; Exstirpation.)
51. *Stephan, S., Die kongenitale Nierendystopie beim Weibe in klinischer und embryologischer Beziehung. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 3. p. 303.
52. Suckling, C. W., Nephroptosis. Kentucky Med. Journ. Bd. 9. p. 947. Illinois Med. Journ. Bd. 21. Nr. 1. (Warme Empfehlung der Nephropexie, Mitteilung von 400 Fällen.)
53. *Tenani, Nefropessia lombare. Gaz. degli osped. e delle clin. Nr. 156.
54. *Terebinski, N., Fixation der Niere. XI. Kongr. russ. Chir. Zentralbl. f. Chir. B. 39. p. 609.
55. Vianna, A., Nephroptosis. Brazil med. Bd. 26. Nr. 3.
56. *Vogel, K., Zur Operation der Wanderniere. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 1403. u. 84. Vers. deutscher Naturf. u. Ärzte. Abt. f. Chir. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2421.
57. *Windmüller, W., Die Symptomatologie der dystopen Niere. Inaug.-Diss. Heidelberg 1910.

Schilling (49) sieht das Offensein der perirenalen Faszie am unteren Nierenpol bei Frauen als ursächliches Moment für Nephroptose an. Er empfiehlt Ruhe und Bandagenbehandlung, bei Gefährdung der Erwerbsfähigkeit Nephropexie.

Billington (6) sieht den Schwund des perirenalen Fettgewebes nicht als Ursache, sondern als Folge der Nephroptose an und hält zerrende Adhäsionen zwischen Capsula propria und der Umgebung für Ursache der Nierensenkung. Bei allgemeiner Enteroptose wird Bindenbehandlung empfohlen; operative Fixation bringt nur teilweise Erleichterung und häufig nur langsame Besserung.

Jazuta (30) begründet den Tieferstand und die geringere Befestigung der rechten Niere schon aus der embryologischen Entwickelung, indem die rechte Fascia praerenalis sich später und schwächer durch Verwachsung mit dem Mesenterium verstärkt als die linke.

Liddell (34) hält bei Zusammentreffen von chronischer Kolitis mit Nephroptose die erstere für das Primäre; die durch die Kolitis erzeugten Toxine bewirken den Schwund des Nierenfettes.

Mackenzie (38) führt als Ursachen der Nephroptose an: Verlagerung des Kolons und Zerrung bei überfülltem Kolon, Verlagerung der Ureteren und Zerrung an denselben durch die Blase bei Retrodeviationen des Uterus, Zerrung durch das Mesenterium und Kongestion und Stasis in den Nierengefässen, endlich Hydronephrose.

Butkewitsch (9) beschreibt als Komplikationen bzw. Folgen der Nephroptose in vielen Fällen die Erscheinungen der zyanotischen Nireninduration (ausgeschnittene Gewebsstückchen), 18 mal (unter 50 Fällen) Verdauungsstörungen, 15 mal Appendizitis, 5 mal Hepatoptose und 3 mal Ikterus, 5 mal Hydronephrose, 8 mal sekundäre Pyelitis, 1 mal Nephrolithiasis, 12 mal Albuminurie und 3 mal gynäkologische Erkrankungen. Zur Operation wird auf der Fedorowschen Klinik eine Kombination von kapsulärer Nephropexie mit Tamponade ausgeführt, wobei besonders alle entzündlichen Verwachsungen durchtrennt, die Capsula propria am konvexen Rande teilweise abgelöst, die Fadenenden um die 12. Rippe herumgeführt und am unteren Pol ein Gazetampon angelegt wird. Die Resultate sind gut. Die Nephropexie ist indiziert bei Störungen der Nierenfunktion, des Magendarmkanals, Schmerzen

und schweren Nervensymptomen, dagegen kontraindiziert bei Nervenstörungen aus dunkler Ursache, reflektorischen Störungen der Bauchorgane und Enteroptose. Das Wort Wanderniere soll durch Nephroptose ersetzt und der Ausdruck Dystopie auf die kongenitale Verlagerung beschränkt werden.

Deguillaume (18) führt die Stauungssymptome in den Gallenwegen bei rechtsseitiger Nephroptose oder Hydronephrose entweder auf Kompression der Gallenwege oder des Duodenums durch die Niere oder auf Zerrung der Gallenwege unter Vermittelung der peritonealen Verbindung mit der Niere zurück. Bei sehr beweglicher Niere und wenn Gallensteine nicht auszuschliessen sind, muss bei Fortdauer der Symptome trotz Bandagenbehandlung die Gegend der Gallenwege chirurgisch freigelegt und untersucht werden. Bei Nephroptose wird, wenn Gallensteine nicht vorhanden oder schon entfernt sind, die Nephropexie und bei Hydronephrose die operative Entfernung empfohlen.

Déhillotte (19) hebt als Symptom der Nephroptose im Kindesalter die funktionelle Albuminurie hervor, die am häufigsten den Typus der orthostatischen Albuminurie zeigt. Zugleich wird eine kongenitale oder erworbene Disposition des Nierenepithels zur Erklärung ihrer Entstehung angenommen.

Morris (43) erwähnt Keilform des Leibes und Muskelrigidität als Symptome von Nephroptose und dringt auf operative Fixation.

Hicks (27) leugnet die Harmlosigkeit der Nephroptose und schreibt ihr eine Reihe nervöser und dyspeptischer Symptome (letztere ganz besonders bei linksseitiger Ptose) zu und zählt als Folgen u. a. auch Endometritis, Dysmenorrhöe, Menorrhagien, vielleicht auch Sterilität, endlich auch Appendixkoliken auf. Zur Behandlung wird das Tragen eines Hüftengürtels mit Luftkissen, da meistens allgemeine Enteroptose besteht, und nur wenn der Gürtel nicht vertragen wird oder erfolglos bleibt, sowie bei schweren nervösen Symptomen und bei ausdrücklichem Wunsch der Kranken die Nephropexie empfohlen.

Hourtoule (29) betont das häufige Zusammentreffen der Nephroptose mit Appendizitis und ist geneigt, beide Erscheinungen auf eine gemeinsame Ursache zurückzuführen, wie er auch die Nephroptose als Folge einer allgemeinen Asthenie der Gewebe (Stiller) ansieht. Er empfiehlt die Fixation der Niere und die Appendixoperation in einer Sitzung und zwar soll mit der letzteren Operation von einer Lumbalinzision aus begonnen werden.

Cuthbertson (17) tritt bei Nephroptose mit heftigen Beschwerden für die Nephropexie ein. In der Diskussion sprechen sich Miller und Goldspohn für die Einschränkung der Indikation aus; die vorhandenen Beschwerden müssen durch die Verlagerung der Niere selbst hervorgerufen sein.

Osenstätter (47) sah aus 41 Nephropexien bei 32 Fällen von Wanderniere von der Operation keine günstigen Erfolge.

Ach (2) führt zur Nierenfixation einen langen, der Fascia lata entnommenen Streifen unter der Capsula propria durch, fixiert ihn an der Niere und vernäht ihn mit der Fascia lumbodorsalis.

Bells (5) Operation der Nierenfixation besteht in Freilegung der Niere, Exzision des Fettes hinten, innen und aussen, aber nicht unter der Niere, Durchführung von zwei Heftligaturen am unteren und oberen Pol, Ablösung eines Kapselstreifens und Durchführung eines Faszienstreifens durch dieselbe, schliesslich Durchführung der Haftligaturen durch den M. quadratus lumborum.

Billington (7) veröffentlicht 500 Nephropexien bei Nephroptose, zu deren Behandlung die Operation dringendst empfohlen wird.

Carstens (10) legt zur Nephropexie nach Hautschnitt und stumpfer Durchtrennung der Muskeln und der Fettkapsel die Niere frei, spaltet die fibröse Kapsel längs der Konvexität von einem Pol zum anderen und löst sie auf einer Seite, dann nach Querschnitt vom unteren Pol gegen das Nierenbecken zu ab; die beiden Lappen werden an den Erector spinae und an den Quadratus lumborum festgenäht und die Wunde geschlossen.

Hartung (26) teilt 60 Fälle von Nephropexie an 56 Kranken aus der Heidelberger Klinik mit, wovon 45 Kranke mit 48 Nephropexien einer Kontrolluntersuchung in bezug auf das Dauerresultat unterworfen werden konnten. In 29 Fällen war vollständige Heilung mit Arbeitsfähigkeit ohne alle Beschwerden erzielt worden. Bei 7 Fällen (8 Nephropexien) war die Niere wieder beweglich geworden und bei 11 Operierten dauerten die Beschwerden mehr oder weniger fort. Bei nicht nervös-hysterischen Personen wird die Nephropexie als ungefährliche, zu gutem Dauerresultat führende Operation erklärt, bei Neurasthenischen dagegen ist der Erfolg zweifelhaft. Von Parenchymnähten werden keine Nachteile beobachtet und die zuweilen auftretenden Blutbeimengungen im Harn waren ohne schädigenden Einfluss und nur vorübergehend.

Vogel (56) führt mit Stiller die Nephroptose auf konstitutionelle Asthenie zurück und betont, dass bei solchen Kranken auch Wundheilung und Narbenbildung minderwertig sind und zu Rezidiven Veranlassung geben. Die Niere soll daher so fixiert werden, dass ein abgelöster Teil der Kapsel durch einen Schlitz um die 12. Rippe herumgeführt wird, so dass die Niere an diesem Zügel hängt und ein Zug von der Narbe selbst vermieden wird. Das alte Nierenlager soll durch Catgutraffnähte zum Verschwinden gebracht werden.

Narath (46) führt die Suspension der Niere an der 12. Rippe in der Weise aus, dass er von einem Schrägschnitt durch die fibröse Kapsel der Hinterfläche aus nach oben und unten einen breiten, kurzen, rechtwinkeligen Lappen abtrennt und diese über der Rippe zusammennäht; die oberflächliche Lage der Niere wird dadurch gebessert, dass das Rippenende freigelegt und die abgelöste Muskulatur nach aussen von der Rippe vereinigt wird. Der Schrägschnitt kann auch entbehrt und die Rippe mit Hilfe zweier kleiner Schnitte unter der unterminierten Kapsel durchgeführt werden.

Auch Moser (44) benützt zur Fixation der verlagerten Niere einen um die 12. Rippe herumgeführten Kapselzügel, nimmt ihn aber nicht wie Vogel aus der Hinterfläche, sondern vom konvexen Rande. Ausserdem fixiert er die Niere durch Nähte vom Kapselrest zur Fascia transversa und von der Niere selbst zur Muskulatur mit Einführung eines kleinen Tampons. Zwei Fälle mit Dauererfolg.

Tenani (53) fixierte vorläufig erst an Hunden die Niere in der Weise, dass er sie ausschälte und luxierte, dann ein Muskelbündel aus dem Quadratus lumborum vom Darmbeinkamm abtrennte; dann wurde aus der fibrösen Kapsel ein Auge mit einem oberflächlichen Parenchymteil ausgeschnitten, die Hinterfläche der Niere und das Nierenlager mit Chlorzink geätzt. das Muskelbündel unter das Auge gebracht und längs der freigelegten 12. Rippe angenäht.

Terebinski (54) konnte ohne Naht nur durch Luxation der Niere und Tamponade Fixation erzielen. Tomaschewski (Diskussion) legt Parenchymnähte an.

Lilienthal (36) beschreibt zwei Fälle von Torsion der Niere, beide rechts und bei Frauen, mit starker Blutfüllung der Niere und Thrombosen, in einem Falle mit Perinephritis. Nephrektomie, Heilung.

Kongenitale Dystopie. Anitschkow (3) beschreibt als Gefässmodifikationen bei Nierendystopie das Entspringen der Arterien entweder nur aus der Teilungsstelle der Aorta oder zugleich weiter oben oder zugleich aus anderen Arterien, besonders den Iliacae; zum Teil werden die Gefässe als restierende Urnierengefässe aufgefasst.

Stephan (51) veröffentlicht im Anschluss an vier Fälle aus der Greifswalder Klinik eine eingehende Darstellung der kongenital dystopen Niere. Die Symptome sind wechselvoll und unbestimmt und können in Druckerscheinungen auf Bauch- und Beckenorgane — Kreuzschmerzen, appendizitisähnlichen Erscheinungen, Obstipation, Pollakiurie, Tenesmen und Enuresis infolge von Hypoplasie der Blasen- und Harnröhrenmuskulatur, Verlagerung der Genitalorgane, Druck auf die Gefässgebiete, seltener auf Nervenstämme, Kohabitationsbeschwerden — bestehen, während der Schwangerschaft und Geburt kann ein Geburtshindernis vielleicht auch Abort und Eklampsie bewirkt werden. Da die Verlagerung als fötale Hemmungsbildung (mangelhafter Ascensus) anzusehen ist, so bestehen zugleich häufig nicht nur Hemmungsbildungen der Geschlechtsorgane auf der gleichnamigen Seite, sondern auch allgemeine Entwickelungsstörungen und Zeichen psychischer Degeneration. Zur Diagnose sind der Nachdes Fehlens der Niere an normaler Stelle mittelst Palpation, Perkussion und Röntgendurchleuchtung, die mangelhafte Beweglichkeit der dystopen Niere und ihre veränderte Form (fötale Lappung, Kuchenniere), abnorme Pulsationen, vor allem die renopalpatorische Albuminurie, der Katheterismus und die vergleichende Messung der beiden Ureteren, die Röntgendurchleuchtung mit schattengebenden Kathetern, die Chromokystoskopie, endlich in zweifelhaften Fällen, da eine Verwechselung mit allen möglichen Tumoren der Becken- und unteren Bauchregion möglich ist, die Probelaparotomie geboten. Die Therapie soll eine möglichst konservative sein, da die dystope Niere, wenn sie gesund ist, zu wesentlichen Beschwerden nicht Veranlassung zu geben braucht. Die Fixation der Niere an einer höher gelegenen Stelle ist bis jetzt nur selten gelungen. Die primäre Ursache der Hemmungsbildung wird auf mechanischem Wege durch Asymmetrie beider Körperhälften und fötale Skoliose, vielleicht infolge sehr frühzeitiger anormaler Haltung einer unteren Extremität und einseitigem Druck des Uterus auf die sich entwickelnde Frucht zu erklären versucht.

Cathelin (12) will die kongenitale Nierendystopie durch die gekrümmte Fötalhaltung, durch die starke Ausdehnung der fötalen Leber und durch den weiteren Beckeneingang beim weiblichen Geschlecht erklären.

Windmüller (57) führt als Symptome, die auf den Verdacht einer Nierendystopie leiten, dumpfe Schmerzen und Druckgefühl nach unten an; ferner Schmerzen bei der Menstruation und andere Menstruationsstörungen, neuralgische Erscheinungen, Erscheinungen von Druck auf den Darm, zuweilen Blasenstörungen und Miktionsbeschwerden, Behinderung oder Verzögerung der Geburt, ferner die Nachweisbarkeit von Bildungsfehlern und Lagerungsanomalien der Geschlechtsorgane, der Blase, des Darms und des Skelettes. Zur Sicherung der Diagnose dient die Aufblähung des Dickdarms, die Messung der Lunge der Ureteren, besonders die Radiographie nach Müllerheim und die Pyelographie.

Albrecht (3) hält die Exstirpation der kongenital dystopen Niere für angezeigt, wenn sie bei gesunder anderer Niere zu hochgradigen Beschwerden und Erwerbsfähigkeit führt. Eine operative Dislokation ist meist unmöglich. Ein Fall, durch schattengebende Katheter und Röntgenaufnahme diagnostiziert und mit Pyelonephritis kompliziert, wird mitgeteilt.

Bretschneider (8) berichtet über die Exstirpation einer linkseitigen Beckenniere, die für einen extrauterinen Fruchtsack gehalten worden war; erst bei der Operation wurde die retroperitoneale Lage erkannt. Der Gefässstiel (Kuchenniere, Erweiterung des Nierenbeckens) riss bei der Auslösung ab. Es wird darauf hingewiesen, dass bei zweifelhaften Beckentumoren die renalpalpatorische Albuminurie und die Röntgendurchleuchtung Aufschluss geben kann und dass eine Beckenniere, die starke Beschwerden macht und pathologisch verändert ist, exstirpiert werden soll. In der Diskussion erwähnt Dienst die diagnostische Rektumaufblähung und Zweifel erwähnt eine erworbene Nierendystopie infolge Verlagerung durch ein retroperitoneales Dermoid.

Eder (20) beschreibt einen mit Appendizitisanfällen komplizierten Fall von angeborener rechtsseitiger kongenitaler Nierenverlagerung mit Verschieblichkeit im kranialen Sinne. Die Diagnose erfolgte durch Nachweis einer Verkürzung des Ureters um 17 cm. Die Niere war gesund und die Indigokarminausscheidung trat sogar früher ein als auf der anderen Seite. Die bestehenden starken Beschwerden veranlassten die Freilegung der Niere, nach welcher mittelst Dekapsulation die kraniale Verschieblichkeit soweit erhöht werden konnte, dass die Niere beinahe in der Lumbalgegend durch Parenchymnähte fixiert werden konnte. Die Beschwerden wurden vollständig und dauernd beseitigt.

Hofbauer (28) mobilisierte eine Beckenniere aus ihrem Lager und fixierte sie an das Wandperitoneum der seitlichen und vorderen Bauchwand, eine Operation, welche mit Rücksicht auf die Nierengefässe sehr vorsichtig auszuführen ist.

Lukina (38) beschreibt einen Fall von kongenitaler linksseitiger Beckenniere bei einer 32jährigen Kranken, bei der die Laparotomie wegen Unbeweglichkeit der Niere und der Kürze des Ureters und der Gefässe die Notwendigkeit der Exstirpation ergab. Bezüglich der Diagnose wird betont, dass bei Feststellung einer Geschwulst in der Gegend des Promontoriums an Beckenniere gedacht werden muss. Die sichere Diagnose wird am besten durch Ureterkatheterisation und Röntgendurchleuchtung gestellt. Bei bestehenden Störungen muss die Niere exstirpiert werden, was am besten durch medianen Schnitt geschieht, der die beste Übersicht über die Bauchhöhle erlaubt.

7. Hydronephrosen; Zysten.

1. Albert, J., Beitrag zur Kasuistik der traumatischen Hydronephrosenruptur. Inaug.-Diss. Giessen. (Ruptur einer wahrscheinlich kongenitalen Hydronephrose durch Fall auf die Nierengegend; grosser Einriss; Laparotomie mit Punktion und Drainage; wegen fortdauernder Sekretion und zunehmender Eiterung sekundäre Nephrektomie. Heilung.)
2. do Amaral, Kystos do rim. Brazil med. Bd. 26. Nr. 10. (Nierenzysten.)
3. Anscherlik, H., Kasuistischer Beitrag zur kindlichen Hydronephrose. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 1742. (Kongenitale, anfangs nicht geschlossene Hydronephrose, die durch Trauma rasch grösser wurde; Exstirpation, Heilung.)
4. *d'Argent, J., Des reins kystiques (étude anatomique et pathogénique). Thèse de Paris. 1911/12. Nr. 126.
5. Augier, Du rôle du traumatisme dans l'étiologie des hydronéphroses. Arch. gén. de chir. 1911. Nr. 6.
6. Babitzki, P., Hydronephrosenruptur und Pseudohydronephrose. Arch. f. klin. Chir. Bd. 97. Heft 4. (Ein Fall, operativ geheilt; Zusammenstellung von 22 Fällen.)
7. Bagozzi, G., Operabilità del rene policistico degli adulti. Clin. chir. 1911. Nr. 12.

(Zwei Fälle von Nephrektomie, weil auf der anderen Seite genügende Funktion nachzuweisen war.)

8. *Barney, D., The effects of ureteral ligation, experimental and clinical. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 15. Heft 3 u. Amer. Urol. Assoc. 11. Jahresvers. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 58. p. 1306.
9. Bazy, P., Valeur fonctionnelle des urétéro-anastomoses. Arch. gén. de chir. 1911. p. 721. (Vollständige Durchgängigkeit des Ureters bei einer sechs Jahre früher ausgeführten Ureterpyeloplastik.)
10. Beck, C., Zystisch degenerierte Niere mit Hydronephrose. Deutsche med. Ges. Chicago. Sitzg. vom 4. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 845.
11. *Beer, E., Experimental study of effects of ureteral obstruction on kidney function and structur. Amer. Journ. of Urol. Bd. 8. p. 171. u. Amer. Journ. of Med. Sciences. Bd. 143. p. 885 u. New York Ac. of Med. Sect. on Surg. Sitzg. vom 2. Febr. Med. Record. New York. Bd. 81. p. 442.
12. *Bickersteth, R. A., The shape of the kidney in certain ureteral obstructions. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 862 u. Brit. Med. Assoc. Sect. of Surg. Med. Record. New York. Bd. 82. p. 313.
13. Bittner, Hydronephrose. Ärztl. Verein Brünn. Sitzg. vom 4. Dez. 1911. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 189. (Fast vollständige Verödung der Niere mit schief implantiertem Ureter; Entwickelung ohne Beschwerden. Transperitoneale Exstirpation, Heilung.)
14. *Branchard, E., Les reins polycystiques chez l'adulte. Thèse de Paris. 1911/12. Nr. 325.
15. *Brentano, A., Zwei Fälle von Hydronephrosenruptur. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 4. Juni. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 712.
16. Chavannaz und Lefèvre, Néphrectomie partielle pour rein polykystique. Journ. de méd. de Bordeaux. Bd. 42. p. 197. (Nephralgien und Polyurie; Resektion des unteren Poles und der unteren Hälfte des Nierenbeckens rechterseits; Heilung.)
17. Chetwood, C. H., Hydronephrosis. Amer. Med. Bd. 7. Nr. 2.
18. *Corbett, J. F., Changes in the kidney resulting from tying the ureter. Amer. Journ. of Med. Scienc. Bd. 144. p. 568.
19. Derewenko, Platzen einer Hydro(Pyo-)nephrose. Russki Wratsch. Nr. 10. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1156. (Eröffnung des abgekapselten Ergusses durch die vordere Bauchwand, später lumbale Nephrektomie.)
20. Fedorow, Zur Kasuistik der Nierenchirurgie: Hydronephrosis vera et spuria. Russ. urol. Ges. Sitzg. vom 9. Febr. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 689. (Ein Fall von doppeltem Nierenbecken und Ureter mit hydronephrotischer Erweiterung des unteren Beckens und ein Fall von Pseudohydronephrose, wahrscheinlich infolge eines älteren Traumas oder einer Gefässruptur.)
21. Fischer, B., Hydronephrosen. Ärztl. Verein Frankfurt. Sitzg. vom 3. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 726.
22. *Fowler, O. S., The early diagnosis of intermittent Hydronephrosis. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 14. Heft 2.
23. *Frank, L., The effect of ligation of the ureters. Southern Surg. and Gyn. Assoc. 24. Jahresvers. Med. Record. New York. Bd. 81. p. 87.
24. *Frank und Baldauf, The results of ligation of one ureter. Annals of Surg. Bd. 56. p. 411.
25. Fraser, W. A., Cystic kidneys in infant. Austral. Med. Gaz. Sydney. Bd. 32. Nr. 14.
26. Gayet, G., Résection orthopédique du bassinet pour hydronéphrose à crises intermittentes; résultat après deux ans. Journ. d'Urol. Bd. 1. p. 625. (Rechtsseitige intermittierende Hydronephrose mit Resektion des Nierenbeckens und Nephropexie. Heilung.)
27. Genouville und Leuret, Un cas d'hydronéphrose de 450 grammes, capitonnage, guérison complète. Soc. des chir. de Paris. Sitzg. vom 26. April. Presse méd. Nr. 41. p. 443. (Inhalt aus Titel ersichtlich.)
28. Gilles, R., und Dusning, Eklampsie bei zystisch degenerierter Niere. Rev. mens. de gyn., d'obst. et péd. Bd. 7. Nr. 3. (Doppelseitige zystische Degeneration.)
29. Gouilloud, Un cas de kyste pararénal. Soc. de Chir. de Lyon. Sitzg. vom 18. April. Revue de Chir. Bd. 46. p. 340. (Wahrscheinlich traumatischen Ursprungs; Exstirpation zusammen mit der innig adhärenten Niere.)

30. Grégoire, R., Hydronéphrose dans un rein en fer à cheval; urétéropexie, guérison. Journ. d'Urol. Bd. 1. p. 658. (Starke Ausdehnung des rechten Nierenbeckens durch eine durch Verwachsungen fixierte Harnleiterknickung. Heilung durch Lösung des Ureters und Fixation in normaler Lage.)
31. — Uronéphrose à rétention intermittente; urétéro-pyélo-néostomie. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 83. (Der um ein akzessorisches Gefäss geknickte Ureter wurde abgetrennt und in die tiefste Stelle des Sackes eingepflanzt.)
32. Gross, H., Solitäre Nierenzyste. Vereinig. nordwestdeutscher Chir. Sitzg. vom 9. Nov. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 16. (Keilförmige Exzision aus der Niere mit Ablösung der Capsula fibrosa und Vernähung.)
32a. Grusdew, D., Zur Ätiologie der Hydronephrosen. XI. Kongr. russ. Chir. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 611. (Drei Fälle durch akzessorische Gefässe.)
33. Heusner, H. L., Beiträge zur Ureter- und Nierenplastik. Inaug.-Diss. Giessen 1911. (Alte Hydronephrose mit Schleifenbildung und Knickung des Ureters, Faltenbildung am Ureterursprung; Spaltung der Klappe und Pyeloplicatio. Drainage, Heilung.)
34. Hitzrot, Bilateral cystic kidneys; six years observation. New York Surg. Soc. Sitzg. vom 24. Jan. Annals of Surg. Bd. 55. p. 623. (Langsames Wachsen ohne weitere Symptome.)
35. *Hornowski, Entstehung der angeborenen Zystenniere. Virchows Arch. Bd. 207. Heft 1 u. Lwowski tyg. lek. 1911. Nr. 28.
36. Jeannel, Hydronéphrose intermittente dans un rein déplacé et congénitalement atrophié par coudure de l'uretère sur un vaisseau anormal. Soc. de Chir. de Toulouse. Sitzg. vom 4. März. Presse méd. Nr. 38. p. 410. (Atrophische, bewegliche rechte Niere mit Schmerzanfällen, Einschnürung des Ureters durch eine Arterie am unteren Nierenpol; 24jährige Frau. Exstirpation, Heilung.)
37. Illyès, G. v., Über die polyzystische Nierendegeneration. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 366. Orvosi Ujság. 1911. Nr. 4. Urologia. (Exstirpation der linken, vergrösserten, vollständig zystischen Niere, die Eiter und eiweisshaltigen Harn sezernierte und nach Phloridzin keinen Zucker ausschied; Heilung.)
38. — Erweiterung des Nierenbeckens, infizierte Hydronephrose, Pyeloplikation, Nephrektomie. Ges. d. Ärzte in Budapest. Sitzg. vom 4. März 1911. Pester med.-chir. Presse. Bd. 48. p. 53. (Pyeloplicatio rechts, darauf linksseitige Nephrektomie wegen hochgradigen funktionellen Defektes mit Harnretention und Ureterstenose.)
39. *Kawasoye, M., Experimentelle Studien zum künstlichen Ureterverschluss. Teil II. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 3. p. 172. (Teil I siehe Jahresber. Bd. 25. p. 291.)
40. *Keller, R., Rechtsseitige angeborene Hydronephrose als Ursache einer Missbildung der inneren weiblichen Genitalien. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 16. p. 439.
41. Klukow, Hydronephrose durch Gefässanomalien. Inaug.-Diss. Breslau. (Ein Fall. 57 Fälle aus der Literatur; die Therapie hat die strangulierenden Gefässe zu beseitigen, eventuell ist eine Ureteropyeloplastik auszuführen.)
42. Küttner, Mannskopfgrosse Zystennieren. 84. Vers. deutscher Naturf. u. Ärzte. Abt. f. Chir. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 1750.
43. Laméris, Ureterpyelostomie bei intermittierender Hydronephrose. Holländ. Ges. f. Chir. Sitzg. vom 15. Okt. 1911. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 1439. (Linkerseits doppelter Harnleiter, von denen der eine durch einen Strang komprimiert war; die Operation bewirkte eine Verbindung des erweiterten Nierenbeckens mit dem nicht komprimierten Harnleiter. Heilung. Mitteilung von drei Hydronephrosen durch abnormen Gefässverlauf. In der Diskussion wird möglichst konservatives Verfahren verlangt.)
44. *Legueu, F., Emploi de la radiographies dans les hydronéphroses. Soc. de Chir. Sitzg. vom 6. Nov. Gaz. des Hôp. Bd. 85. p. 1802. (Durch Pyelographie wurde die vermutete Appendizitis ausgeschlossen.)
45. Levings, A. H., Anomalous renal vessels causing renal colic or symptoms referable to appendix or gallbladder. Wisconsin Med. Journ. Bd. 10. p. 555.
46. Lipskerow, A., Fall von solitärer Zyste der Niere. Fol. urol. Bd. 6. Nr. 5. (Solitärzyste, deren Wand aus einer dünnen Schicht Nebennierengewebes bestand; Ruptur der Zyste durch Trauma. Operation.)
47. Luys, Fistule rénale abdominale consécutive à une hydronéphrose congénitale, infectée au cours d'une fièvre typhoide; néphrectomie du rein droit, guérison. La Clin. Nr. 33. p. 517.

48. Mainbrecq, G., Contribution à l'étude des hydronéphroses d'origine traumatique. Thèse de Paris. 1911/12. Nr. 17. (Sechsjähriges Kind mit akuter Geschwulstbildung in der Nierengegend und echter traumatischer Hydronephrose infolge von narbiger Strikturierung des durch Fall gegen das Abdomen verletzten Nierenbeckens, perirenale Hämatombildung; Exstirpation, Heilung.)
49. Mauclaire, Dégénérescence colloïde polykystique du rein gauche, ablation, guérison. Bull. de la Soc. de Chir. Nr. 29. p. 1136. (Einseitige Erkrankung bei einer 29 jährigen Frau mit Nephralgien.)
50. Michel, A., Traitement conservateur des rétentions rénales (opérations plastiques et anastomoses). Thèse de Lyon. 1911/12. Nr. 76. (Übersicht über die verschiedenen plastischen Operationen am Nierenbecken.)
51. Mirabail, J., Épanchements uro-hématiques périrénaux. d'origine traumatique Thèse de Toulouse. 1910/11. Nr. 907. (Befürwortet frühzeitige Öffnung traumatischer Hydronephrosen; ein Fall bei einem Kinde.)
52. Montanelli, Fall von fötaler Zystenniere. Annali di Ostetr. e Gin. Nr. 12. (Doppelseitig, bei frühgeborener Frucht; es wird Hemmungsbildung als Ursache angenommen.)
53. Morian, Linksseitige Zystenniere. Ärztl. Verein Essen-Ruhr. Sitzg. vom 28. Nov. 1911. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 189. (Mit Steinen, nach probatorischer Freilegung der anderen Niere exstirpiert.)
54. *Oertel, H., On certain changes in the elastic tissue of the pelvis of the kidney and their relation to hydronephrosis. Amer. Journ. of Med. Sciences. Bd. 143. p. 398.
55. Pasquereau, Polyzystische Niere, erkannt im Verlauf einer Nephropexie. Rev. franç. de méd. et de chir. Nr. 23. (Bei Nierenschmerzen und beweglicher Niere rechts und gleichfalls affizierter linker Niere fand sich bei Nephropexie eine polyzystische Niere, die nur fixiert und wegen der Erkrankung der anderen Niere nicht exstirpiert wurde; die Schmerzen wurden beseitigt.)
56. *Penkert, Hydronephrosensack. Ärzteverein Halle. Sitzg. vom 30. Okt. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2892.
57. Pereschivkin, N. S., Pyelographie. Chir. Arch. Weljamin. Bd. 28. p. 150. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 1. p. 836. (Diagnose einer Hydronephrose; Nephropexie und Pyeloplicatio.)
58. *Perthes, Demonstration von zwei Präparaten intermittierender Hydronephrosen infolge Knickung des Ureters über akzessorischen Nierengefässen. Med.-naturwissenschaftl. Verein Tübingen. Sitzg. vom 8. Juli. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2204.
59. *Petroff, N. N., Hydronephrosis vera. Russ. urol. Ges. Sitg. vom 9. Febr. Zeitschrift f. Urol. Bd. 6. p. 659.
60. Rafin, Rein polykystique; néphrectomie. Soc. des Sciences méd. de Lyon. Revue de Chir. Bd. 46. p. 108. (Nierenschmerzen und -Blutungen; 1 kg schwerer Tumor, Heilung.)
61. Ricken, H., Ein Fall von Hydronephrose infolge Kompressionswirkung einer Nierenarterie auf den Ureter bei gleichzeitiger Verdoppelung des letzteren. Inaug.-Diss. Heidelberg 1911. (Laparotomie, Durchtrennung des komprimierenden Gefässes und der Bindegewebsstränge; Punktion des Sackes, Übernähung der Punktionsöffnung, Drainage nach der Lendengegend, Heilung.)
62. *Rosenow, G., Nierenzysten und ihre Beziehungen zu den Nierenkörperchen. Inaug.-Diss. Berlin 1911.
63. Rosner, Fall von Hydronephrose, diagnostiziert erst mit Hilfe der Chromokystoskopie. Przeglad Lekarski. Nr. 7. p. 121. (Gyn. Ges. Krakau. Sitzg. vom 29. Nov. 1911. Gyn. Rundschau. Bd. 6. p. 166.) (Polnisch.) (Es hatte anfangs der Verdacht auf eine Ovarialzyste vorgelegen.) (v. Neugebauer.)
64. *Rovsing, T., Treatment of multilocular kidney kystoma by means of multiple punctures. Amer. Journ. of Surg. Mai u. Amer. Journ. of Urol. Bd. 8. Nr. 3.
65. Schloffer, Plastische Operation bei Hydronephrose. Verein deutscher Ärzte. Prag. Sitzg. vom 15. März. Prager med. Wochenschr. Bd. 37. p. 198. (Ein Fall von Ureteropyeloplastik und ein Fall von Nephrektomie bei ganz atrophischer Niere.)
66. Schröter, M., Über einen Fall von angeborener doppelseitiger Hydronephrose mit Verschluss des Orificium externum urethrae. Inaug.-Diss. Leipzig 1911. (Ausgetragenes, drei Tage altes Kind mit erweiterter, ½ Liter Harn enthaltender Blase, die punktiert wurde. Exitus nach vier Tagen. Sektionsbefund.)
67. *Scott, G. D., Experimental hydronephrosis. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 15. Nr. 3.

68. Shukowsky, W. P., und W. Ssinjoff, Über polyzystische Degeneration der Nieren, namentlich im Kindesalter. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 58. Heft 2. (Linke Niere durch zwei taubeneigrosse Zysten ersetzt, rechte von Zysten durchsetzt; beide Ureteren atretisch, Kloakenbildung und andere Missbildungen. Die zystische Degeneration wird als Folge einer fötalen interstitiellen, kongenitalsyphilitischen Nephritis erklärt.)
69. Steiner, P., Über polyzystische Nierentumoren. Fol. urol. Bd. 6. p. 542. (Siehe Jahresber. Bd. 25. p. 340.)
70. Stoeckel, W., Experimentelle Studien zum künstlichen Ureterverschluss. Geb. Ges. Hamburg. Sitzg. vom 11. Mai. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1619. (Siehe Kawasoye [39].)
71. De Teyssieu, Néphrostomie d'urgence pour anurie consécutive à un cancer uterin; mort par méningite. Soc. anat.-clin. de Bordeaux. Sitzg. vom 3. April. Journ. de méd. de Bordeaux. Bd. 41. p. 473. (Rechts Nephrostomie, links Erweiterung des Ureters auf Dünndarmweite und des Nierenbeckens auf Faustgrösse. Sektionsbefund.)
72. Tietze, Kongenitale Zystenniere. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur. Sitzg. vom 8. Nov. Med. Klinik. Bd. 8. p. 2049.
73. Trinkler, N. P., Zur Diagnose der Hydronephrose vortäuschenden Erkrankungen. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 188. (Ein Fall von Fehldiagnose auf Hydronephrose bei Ovarialzyste mit Stieldrehung und ein Fall bei Hepatoptosis mit Kompression des Ureters durch den vergrösserten rechten Leberlappen.)
74. Van Bisselick, J. W., Occlusion intestinale aiguë par un rein polykystique. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 813. (Ileus, Freilegung der linken Niere, deren Ureter keinen Harn lieferte, Öffnung mehrerer Zysten, die teilweise hämorrhagischen Inhalt hatten, Tamponade, Genesung.)
75. Vance, A. M., Large hydronephrosis, horseshoe kidney; congenital anomaly of ureter: transperitoneal nephrectomy, cure. Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. Amer. Journ. of Obst. Bd. 66. p. 1001. (Ureterverdoppelung auf der Seite der Erkrankung.)
76. Van der Bogert, F., Congenital hydronephrosis with aplasia of ureter. Arch. of Pediatr. New York. Bd. 29. Nr. 10.
77. *Völcker, Entwickelung der Hydronephrosen und Pyonephrosen. Verhandl. d. Deutschen Ges. f. Chir. 41. Kongr. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 74.
78. *Vogel, R., Beiträge zur Nierenchirurgie; zwei Fälle von Nierenzyste. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 1540.
79. Vorpahl, F., Über einen Fall von kongenitaler Zystenleber und Zystenniere mit Übergang in riesenhafte Kystombildung. Zieglers Beitr. z. path. Anat. u. allg. Path. Bd. 53. Heft 3. (46jährige Frau.)
80. *Wagner, P., Die traumatische Hydronephrose. Fol. urol. Bd. 6. p. 697.
81. Walker, Th., X-rays in the diagnosis of hydronephrosis. Med. Soc. of London. Sitzg. vom 11. März. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 672. (Empfehlung der Pyelographie.)
82. Walz, Pseudohydronephrose, mit der Pleurahöhle kommunizierend. Deutsche path. Ges. XV. Tagung. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 1063. (Nach subkutaner Ureterverletzung durch Quetschung der Unterbauchgegend.)
83. *Weil, S., Die Kristalle der Zystenniere. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 2276 u. Chir. Ges. Breslau. Sitzg. vom 8. Juli. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 1163.
84. Weise, Zystenniere. Ärztl. Verein Essen-Ruhr. Sitzg. vom 22. Okt. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 47. p. 2338. (Doppelstrausseneigross, infiziert, als Appendixabszess diagnostiziert. Exstirpation. Heilung.)
85. *Winkler, Zur Pathologie der Hydronephrose. Verein Posener Ärzte. Sitzg. vom 9. Okt. 1911. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 341.
86. Wulff, Geheilte Hydronephrose. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 4. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1404. (Durch grösseres, vor dem Ureter verlaufendes Gefäss.)
87. *Zurhelle, E. F., Über Veränderungen und Untergang der Glomeruli bei Hydronephrose. Frankfurter Zeitschr. f. Path. Bd. 10. Heft 1.

Barney (8) fand, dass plötzlicher, vollständiger, einseitiger Ureterverschluss keine Krankheitssymptome hervorzurufen braucht und dass doppelter Verschluss bis zu 72 Stunden ohne Schaden ertragen werden kann. In 24 % der Fälle entstand bei Ureterligatur eine Harnleiterfistel, in 15 % kam es zu Infektion der Niere. Bei postoperativer Anurie ist zur Diagnsoe die Kystoskopie erforderlich.

Beer (11) fand, dass die Niere nach 3—4 Wochen dauernder Unterbindung des Ureters die Ausscheidungsarbeit noch allein verrichten kann. Ureterinfektion kann zu Hydronephrose, selten zu Nierenabszessen (dies nur bei Ureterstenosen und virulenten Keimen) führen. Aseptische Ureterunterbindung führt zu Hydroureter und nach ca. drei Wochen zu Schrumpfung der hydronephrotischen Niere, die nach 3—4 Monaten zu einer kleinen fibrösen Masse, bei Infektion dagegen zur Bildung einer grossen Sackniere mit Parenchymschwund wird. Ein drei Wochen lang unterbundener Ureter kann noch mit Vorteil in die Blase implantiert werden.

Bickersteth (12) fand, dass Hydronephrosen, die nicht durch Steinverschluss, sondern z. B. durch ein abnorm verlaufendes Gefäss entstanden sind, in einer Dehnung des in seiner Wand stark verdünnten eigentlichen Nierenbeckens bestehen, während durch Steine eine Bindegewebsbildung bewirkt wird, die durch Schrumpfung den Harnabfluss behindert und die Niere selbst ausdehnt.

Corbett (18) tritt für die Entfernung hydronephrotischer Säcke ein, weil ein über 24 Tage bestehender Ureterverschluss die Funktion der Niere zerstört und die andere Niere schädigen kann. Eine frische Obstruktion ist innerhalb 6—10 Tagen zu beseitigen, wenn die Funktion der Niere erhalten werden soll.

Frank (23) fand in 80—90 % aller Fälle von Unterbindung des Ureters bei Versuchstieren Atrophie der Niere mit primärer Hydronephrosenbildung eintreten. Zufällige Unterbindung eines Ureters bei Beckenoperation muss durchaus nicht zu schweren Störungen führen, was (Diskussion) von Morris bestätigt, von Vander Veer (ein Fall von Vereiterung der Niere), Boyster und Balbridge bezweifelt wird; Bovée hebt hervor, dass die Niere, wenn der unterbundene Ureter innerhalb sechs Wochen wieder befreit wird, ihre Funktion wieder aufnehmen kann.

Frank und Baldauf (24) beobachteten nach möglichst peripherer Ligatur eines Ureters schon nach zwei Stunden Ausbildung von Hydroureter und Hydronephrose, sowie venöse Stauung in der Niere, die aber bald sich ausglich. Eiterung trat nur ein bei Infektion vom Blute aus. Besonders wird die Funktion der Tubuli geschädigt. Eine therapeutische Unterbindung des Harnleiters, z. B. bei Ureterfisteln, wird als gefährlich verworfen.

Kawasoye (39) fand nach Unterbindung des Ureters mittelst fester Knotung stets die Bildung einer Hydronephrose. In der Niere tritt eine Stauung mit Erweiterung der Venen, der Blut- und Lymphkapillaren, ödematöse Durchtränkung des interstitiellen Gewebes, Infiltration mit Leukozyten und Quellung der Epithelien des Nierenparenchyms auf. Der Druck des gestauten Harns auf das Nierenparenchym ist am stärksten in der Gegend des Nierenbeckens, am schwächsten in der Gegend der Rinde. Die Harnsekretion hört in diesem Stadium (zweiter Tag nach der Unterbindung) für einen Moment auf, setzt aber später (vierter Tag) wieder ein, so dass die Harnkanälchen und Bowmanschen Kapseln sich erweitern. In der Folge (14—36 Tage) kommt es zu Verödung und Schrumpfung der Harnkanälchen und zur Verminderung der arteriellen Blutzufuhr. Die noch lange Zeit gut erhaltenen Glomeruli erfahren zwischen Kapsel und Gefässknäuel eine starke Flüssigkeitsansammlung. Nach 60 Tagen bemerkt man unter zunehmender Verödung fortschreitende Wucherung des interstitiellen Bindegewebes. Bis zum 70. Tage wurde immer noch eine geringe wässerige Sekretion beobachtet.

Bei lockerer Abbindung (Abbindung über zwei starke Catgutfäden, die schliesslich unter der Seidenligatur herausgezogen wurden) trat keine Hydronephrose auf, jedoch wurde sowohl oberhalb als unterhalb der ligierten Stelle der Ureter ein Stück weit erweitert, wahrscheinlich infolge der in der Ligatur einen Widerstand findenden antiperistaltischen Ureterbewegungen.

Wurde nach plötzlichem Ureterverschluss Indigkarminlösung subkutan injiziert, so fand sich schon vier Stunden nach der Abbindung die Sekretion stark vermindert und nach 48 Stunden war die Ausscheidungskraft für den Farbstoff erloschen, so dass die Ausscheidung fester Bestandteile sehr schnell nach der Abbindung aufhört, während die wässerige Ausscheidung noch lange fortdauert. Wurde die Ligatur nach einiger Zeit wieder entfernt, so erwies sich, dass bei Lösung am vierten Tage die Leistungsfähigkeit sich vollständig wieder einstellte; bei Lösung am 14. Tage blieb die Ausscheidung des Farbstoffes unvollständig, bei Lösung vom 21. Tage ab blieb sie selbst nach Wiederherstellung des Nierenabflusses für immer erloschen.

Völcker (77) unterscheidet das anatomische Nierenbecken, d. i. den aus dem Zusammenfluss der zwei grossen Kelche sich bildenden Hohlraum, und das chirurgische Nierenbecken, d. i. den gesamten Hohlraum. Die Kapazität des Nierenbeckens, die durch Kollargolinjektion gemessen wird, ist sehr gering und zwischen zwei Ureterkontraktionen ent-

leert es sich vollständig. Sobald Residualharn eintritt, ist von Dilatation zu sprechen und zwar sind drei Arten von Dilatation zu unterscheiden, je nachdem das anatomische Nierenbecken allein oder die Kelche allein oder der gesamte Hohlraum dilatiert ist — Pyelektasie oder Nephrektasie, woraus schliesslich die Hydronephrose entsteht. Bei primärer Infektion entsteht anfangs keine Dilatation, später nur Dilatation der Kelche, und wenn es zur Bildung einer Pyonephrose (primäre Pyonephrose, Infektionspyonephrose) kommt, entstehen aus den erweiterten Kelchen kavernöse Abszesse. Kommt zur primären Dilatation eine sekundäre Infektion, so entsteht sekundäre chronische Pyonephrose (Dilatationspyonephrose), bei akuter Infektion mit Verschluss ein Eitersack mit Kavernen im Parenchym — Kombinationspyonephrose. Auch bei Pyelitis sind zwei Formen zu unterscheiden, eine ohne und eine mit primärer Dilatation — Infektionspyelitis und Dilatationspyelitis. Bei ersterer ist der Eitergehalt gering, es besteht Bakteriurie mit zyklisch auftretenden Exazerbationen, hohem Fieber und oft ohne besondere Nierenschmerzen, bei der letzteren besteht starke Pyurie und bei akuten Exazerbationen kommt es zu heftigen Koliken durch Verschluss. Die Nierenbeckenspülungen bringen nur bei der Dilatationspyelitis Erfolg.

Oertel (54) fand bei Hydronephrose die elastischen Fasern des Nierenbeckens und seiner Mukosa degeneriert, atrophisch und bei eitriger Infektion zerstört und schreibt diesem Verlust an elastischem Gewebe die Erweiterung des Nierenbeckens zu.

Scott (67) beobachtete bei experimenteller Hydronephrose nach vollständiger oder unvollständiger Ureterligierung Erweiterung der geraden, später auch der gewundenen Kanälchen, Abplattung und körnige Degeneration der Epithelien und erst zuletzt werden die Glomeruli verändert. Der Grad der Hydronephrose hängt von der Dauer der Unwegsamkeit und von der Höhe des Druckse ab. Auch bei hochgradigster Hydronephrose wird das Epithel nicht vollständig zerstört. Komplette, dauernde Ligierung führt nicht zur vollständigen Atrophie der Niere.

Winkler (85) fand bei Tierversuchen nach Ureterunterbindung nicht nur eine Vermehrung der Nierenbeckenflüssigkeit, sondern auch eine Gewichtszunahme der festen Substanz der Niere, von denen erstere am 45. Tage, letztere mit dem 85. Tage nach der Unterbindung den Höhepunkt erreicht und dann einer allmählichen Abnahme Platz macht.

Zurhelle (87) fand nach Ureterunterbindung Erweiterung der Glomeruluskapseln mit Vergrösserung der Epithelien und erhöhter Durchlässigkeit für Eiweiss, dann Verdickung der Kapsel, Ersatz der Gefässschlingen durch Bindegewebswucherung, Degeneration und schliesslich Verschwinden der Glomeruli.

Fowler (22) beschuldigt für das Entstehen der intermittierenden Hydronephrose besonders die Nephroptose in Kombination mit Ureterabknickung durch abnorm verlaufende Gefässe oder fibröse Stränge. Zur Diagnose wird die Pyelographie und das Auftreten des Schmerzes bei Kollargolinjektion ins Nierenbecken hervorgehoben, zur Therapie für die meisten Fälle die Nephropexie mit Durchtrennung der abknickenden Stränge oder Gefässe empfohlen.

Legueu (44) empfiehlt für die Diagnose der Hydronephrose die Pyelographie nach Füllung des Nierenbeckens mit 10 %iger Kollargollösung.

Keller (40) beschreibt eine grosse, kongenitale, rechtsseitige Hydronephrose bei einem 17jährigen Mädchen, welche vor der Operation für eine Ovarialzyste gehalten wurde. Der medialen vorderen Tumorwand lag die stark ausgezerrte rechte Tube und das ebenfalls stark in die Länge gezogene Ovarium an und der Uterus war zweihörnig. Diese Missbildung wird auf die durch die wachsende Hydronephrose bewirkte Verhinderung des Descensus ovarii und der Vereinigung der Müllerschen Gänge in ihrem mittleren Abschnitt erklärt.

Penkert (56) beobachtete Hydronephrose mit vollständiger Verödung der Niere infolge von Ureterverschluss, der durch eine Ureterverletzung bei vaginaler Tubenexstirpation vor fünf Jahren entstanden war. Die damals entstandene Ureterscheidenfistel hatte sich von selbst geschlossen.

Perthes (58) hält das Bestehen von den ureterkreuzenden Gefässen nicht für ausreichend zur Entstehung einer Sackniere, sondern glaubt, dass eine Senkung der Niere hinzutreten muss. In einem Falle wurde die Sackniere exstirpiert, im zweiten eine Pyeloplastik ausgeführt. Ein weiterer Fall von sekundärer Exstirpation wird (Diskussion) von Kübler mitgeteilt.

Petroff (59) beobachtete Hydronephrose nach einer durch Infektion bewirkten Anschwellung einer angeborenen Ureterklappe und eine weitere Hydronephrose nach Myomexstirpation infolge einer Ureterverengerung durch eine Ligatur, die zu nahe am Ureter angelegt worden war.

Zondek (g. 3. 77) führt die Einklemmungserscheinungen bei Hydronephrose auf Kompression der Nierenvene durch das angefüllte Nierenbecken zurück und sieht die Wirkung der Dekapsulation in einer Druckentlastung und Blutentziehung. Als Ursache der sog. Angioneurose werden kleine, leicht übersehbare Konkremente, die sekundär nephritische Veränderungen hervorrufen, angenommen.

Brentano (15) beobachtete zwei Fälle von traumatischer Berstung einer Hydronephrose mit Bildung grosser zystischer Tumoren, die vor der Operation für die vergrösserte Niere selbst gehalten wurden. Die sekundäre Exstirpation führte zur Heilung, jedoch war die Operation dadurch erschwert, dass nicht nur die Niere, sondern auch die Wand der zystischen Tumoren exstirpiert werden musste.

Wagner (80) erklärt die Entstehung einer echten traumatischen Hydronephrose entweder durch Verletzung des obersten Ureterabschnittes mit folgender Narbenstriktur oder durch ein perirenales oder periureterales Extravasat mit Kompression des Ureters oder durch Verlegung des Ureters durch ein Blutgerinnsel. Sekundär kann bei Steinniere durch Mobilisierung des Steins und Verlegung des Ureters oder durch traumatische Senkung der Niere und Ureterabknickung eine traumatische Hydronephrose entstehen. Zur Behandlung wird möglichst frühzeitige Nephrotomie oder Pyelotomie, wenn möglich mit Pyeloplastik, unter ganz ungünstigen Verhältnissen die Nephrektomie empfohlen.

Zystennieren. d'Argent (4) führt sowohl die polyzystischen Nieren, als auch die kleinen und grossen Einzelzysten beim Kinde und beim Erwachsenen auf embryonale Entwickelungshemmung zurück.

Branchard (14) führt die Zystennieren teils auf entzündlichen, teils auf embryonalen Ursprung zurück, teils auf Proliferationsvorgänge an den zelligen Elementen (Adenombildung). Die Nephrektomie ist nur bei schweren Komplikationen, besonders Eiterung und Hämaturien indiziert.

Hornowski (35) erklärt die Entstehung der angeborenen Zystenniere durch Nichtvereinigung der Harnkanälchen mit dem Nierenbecken.

Rosenow (62) erklärt die Annahme, dass alle Nierenzysten kongenital sind, für nicht bewiesen und glaubt, dass ausser kongenitalen Zysten auch durch Schrumpfungsvorgänge Glomeruluszysten entstehen können. Untersuchung von 23 Fällen.

Weil (83) erklärt die bei Zystenniere sich findenden Kristalle als Uratsphärolithen und verlegt ihre Bildung nicht in die Zystenflüssigkeit, sondern ins Nierenepithel. Möglicherweise steht ihre Entstehung mit der der Zystenniere in ursächlichem Zusammenhang.

Rovsing (64) empfiehlt bei multiplen Nierenzysten wegen der häufigen Doppelseitigkeit multiple Punktion der Zysten, wodurch in drei Fällen die Schmerzen beseitigt und die Nierenfunktion wieder hergestellt wurde.

Vogel (78) teilt zwei Fälle von Solitärzysten der Niere mit. In einem Falle (Schmerzanfälle, wahrscheinlich infolge von Kompression des Ureters durch die Zyste) wurde die Zyste reseziert, im zweiten wurde die Niere, die ausserdem einen Stein enthielt, exstirpiert. Vogel tritt auch bezüglich der Solitärzysten für Entwickelungshemmung als Ursache ein.

8. Eiterinfektion der Niere.

1. Achard und Feuillé, Urémie rapidement mortelle par pyélonéphrite gravidique. Soc. méd. des Hôp. Sitzg. vom 21. Juni. Gaz. des Hôp. Bd. 85. p. 1069. (Akute Urämie bei seit einem Jahre bestehender Erkrankung.)
2. Achard und Saint-Girons, Pyelonéphrite puerpérale, septicémie paracolibacillaire. Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris. Nr. 25. p. 112. (Pyurie, Nachweis der Parakolibazillen in Harn und Blut.)
3. Albertin, Enorme rein suppuré extirpé avec la totalité de l'urètere oblitéré à son embouchure vésicale par un calcul; voie intra-péritonéale par incision oblique lombo-iliaque. Soc. de Chir. de Lyon. Sitzg. vom 1. Febr. Revue de Chir. Bd. 45. p. 1011.
4. *Amann, J. A., Prämenstruelle Temperatursteigerung und Bakteriurie. Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 28. Jan. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 758.
5. Do Amaral, B., Perinephritis. Brazil med. Bd. 26. Nr. 10.
6. *Andrews, H. R., An adress on pyelonephritis of pregnancy. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 1112.
7. Arndt, Enztündung des rechten Nierenbeckens. Verein Posener Ärzte. Sitzg. vom 14. Okt. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 2472. (Sekundär infizierte Hydronephrose durch Kolibazillen und Streptokokken, durch Nierenbeckenspülungen geheilt.)

8. Aronstam, N. E., Pyelitis durch Gonokokken. Amer. Journ. of Derm. and gen.-ur. Diseases. Bd. 16. p. 120. (Häufige Mischinfektion durch Staphylokokken; es werden Nierenbeckenspülungen und Vakzinetherapie empfohlen.)
9. Aureille und Renaud-Badet, Bactériurie à diplocoques et phosphaturie; traitement par les phosphates colloïdaux et par un vaccin de Wright; amélioration rapide. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 229. (Behandlung mit Autovakzine.)
10. *Bassler, A., Innocent colon bacilli in urines. Med. Record. New York. Bd. 82. p. 20 u. Amer. Journ. of Urol. Bd. 8. p. 454.
11. Baviera, V., Perinephritis fibrosa und Nephroptose mit Hämaturie. Giorn. di med. e chir. Nr. 7. p. 315. (Rasche Heilung durch Nephropexie.)
12. Bazy, P., Un cas de pyélonéphrite gravidique prise pour appendicite. Arch. gén. de Chir. 1911. p. 67. (Hohes Fieber, Genesung nach fünf Tagen unter reichlicher Trinkdiurese.)
13. Beijers P., Paranephritischer Abszess nach Furunkulose. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. Nr. 5.
14. Berghansen, O., Die antiseptische Therapie der akuten und chronischen Infektion der Harnwege. Amer. Journ. of Derm. and gen.-ur. Diseases. Bd. 16. p. 411. (Empfehlung der Vakzinebehandlung bei Koliinfektion.)
15. *Bijnen, A., Nierbekkencatarrh. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 2089.
16. *Birk, W., Chronische rezidivierende Pyelitis im Kindesalter. Münchn. med. Wochenschrift. Bd. 59. p. 1429.
17. Bittner, Pyonephrose. Ärztl. Verein Brünn. Sitzg. vom 18. März. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 901. (Mit Pyelonephritis, anfangs für Appendizitis gehalten, vielleicht durch Stein, die Infektion möglicherweise von Angina follicularis aus bewirkt; Exstirpation, Heilung.)
18. *Bloch, A., Über sekundäre Infektionen des Nierenbeckens bei Gonorrhoe. Wissensch. Vereinig. am städt. Krankenhaus Frankfurt. Sitzg. vom 10. Sept. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2652 u. Ärztl. Verein Frankfurt. Sitzg. vom 18. Dez. 1911. Ebenda Bd. 59. p. 335.
19. *Böhm, H., Über einen Fall von akuter hämorrhagischer, disseminierter Myelitis im Anschluss an einen paranephritischen Abszess. Inaug.-Diss. München 1909.
20. Bonzom, Sur un cas de pyélonéphrose. Soc. anat.-clin. de Bordeaux. Sitzg. vom 13. Mai. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 42. p. 717. (Pollakiurie, Dysurie, Pyurie, Lendenschmerzen, Fieber; Nephrektomie, Tod im Koma. Im Eiter anaerobe Stäbchen.)
21. Bowen, E. O., Pyonephrosis, operation, recovery. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 827. (Niere mit Abszesshöhlen, Pyonephrose und perinephritischem Abszess, wahrscheinlich durch kongenitale Verlegung des Ureters; transperitoneale Exstirpation.)
22. Boyd, M. L., Kidney symptoms and diagnosis. Journ. of Med. Assoc. of Georgia. Bd. 2. Nr. 5 u. Med. Assoc. of Georgia. 63. Jahresvers. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 58. p. 1780. (Wert der Kystoskopie, des Ureterkatheterismus und Funktionsprüfung, besonders mit Phenolsulphonphthalein.)
23. *Bronner, H., Use of vaccines in treatment of genito-urinary conditions. Kentucky Med. Journ. Bd. 10. Nr. 2.
24. Cash, W. L., Perinephritis. Kentucky State Med. Assoc. 57. Jahresvers. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 59. p. 1918. (Inzision und Drainage bei Eiterung.)
25. Cathelin, F., Un nouveau cas d'interprétation erronée d'une image radiographique rénale; abcès chaud du rein; néphrectomie lombaire, guérison. Soc. de chir. de Paris. Sitzg. vom 2. Febr. Presse méd. Nr. 13. p. 138. (Schatten, dem Nierenbecken entsprechend, einen Stein vortäuschend; statt dessen grosse Pyonephrose mit grossen Ulzerationen des Nierenbeckens.)
26. Clayton-Greene, W. H., Bacterial infections of the urinary tract. Harveian Soc. Sitzg. vom 21. Nov. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 1610. (Kurze Notiz.)
27. Cooper, S., Infection of urinary tract by bacillus coli. Journ. of Arkansas Med. Soc. Bd. 8. Nr. 11.
28. Craig, H. A., Observations from 300 cases treated by autogenous bacterial vaccines. Med. Record. New York. Bd. 82. p. 465. (16 Fälle von Pyelitis mit Autovakzine behandelt, grösstenteils gebessert.)
29. Crew, F. D., Acute pyelonephritis complicating pregnancy. Brit. Med. Journ. Bd. 1 p. 828. (Akute fieberhafte Erkrankung in der sechsten Schwangerschaft; explorative Laparotomie wegen Annahme einer Appendizitis; Partus immaturus.)

30. *Cunningham, Acute unilateral haematogenous infection of the kidney. Annals of Surg. Bd. 56. p. 818.
31. Curtis, Skiagram of the left kidney. Med. Soc. of London. Sitzg. vom 25. März. Lancet. Bd. 1. p. 929. (Lumbarfistel nach Eröffnung eines perinephritischen Abszesses; Pyonephrose und Ureterverschluss, entweder Stein oder Tuberkulose.)
32. *Davis, Drainage of the kidney bei incision for bacillus coli communis infection in pregnant and parturient patients. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 59. p. 859.
33. *Dehen, Über die Beziehungen der Appendizitis zum uropoetischen System. Inaug.-Diss. Strassburg.
34. *Delarche, R., Suppurations urinaires (pyélonéphrite et pyélocystite) chez le nourrisson Thèse de Lyon. 1911/12. Nr. 145.
35. Dickinson, Acute haematogenous infection of one kidney in a person apparently well. Annals of Surg. Bd. 56. p. 305. (Plötzliche starke Koliken mit Schüttelfrösten, vergrösserte mit multiplen Abszessen durch Koliinfektion durchsetzte Niere; Drainage, Exitus; Nephrektomie wäre vorzuziehen.)
36. — Vaccine Therapy. Med. Soc. of New Jersey. 146. Jahresvers. Med. Record. New York. Bd. 82. p. 360. (Empfiehlt stets die Verwendung von Autovakzine und nur bei lokalisierten Infektionen.)
37. Durand, M., und H. Verrier, Tumeurs paranéphrétiques. Lyon chir. Bd. 8. Nr. 4. (Exstirpation des Tumors mit der adhärenten Niere, Exitus.)
38. Ekehorn, G., Seltener Fall von Staphylomykose der Niere mit kleinem perinephritischem Abszess. Fol. urol. Bd. 8. p. 131. (Staphylococcus pyogenes aureus, Infektion auf den unteren Teil der rechten Niere beschränkt. Gewebe von miliaren Abszessen durchsetzt. Nephrektomie, Heilung.)
39. *Eckelt, K., Eiweissgerinnsel im Nierenbecken. Zentralbl. f. Path. Bd. 23. Nr. 16.
40. *Eyre, The standardisation and control vaccines. Brit. Med. Assoc. 80. Jahresvers. Sect. of Bact. Lancet. Bd. 2. p. 529.
41. *Faltin, Über Vakzinetherapie. Finsk. läk. sällsk. handl. März. Ref. Med. Klinik. Bd. 8. p. 879.
42. Fay, O. J., Suppurations of kidney, reporting cases. Journ. of Jowa State Med. Soc. Bd. 2. Nr. 3.
43. *Fleischhauer, H., Zur Diagnose und Therapie der Pyelitis gravidarum. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 3. p. 221.
44. Fotheringham, J. T., Primary pyelitis in infants. Canad. Med. Assoc. Journ. Bd. 1. Nr. 12.
45. Franco, E. E., Note di clinica di anatomia patologica ad un caso di pionefrosi gonococcica. Fol. urol. Bd. 6. p. 552. (Nephroureterektomie bei Gonokokken und anderen Diplokokken im Eiter.)
46. *Frank, E. R. W., Über die Einwirkung des Hexal (sulfosalizylsaures Hexamethylentetramin) auf die Infektionen der Harnwege. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2043.
47. Furniss, H. D., Chronic suppurative pyelitis. New York Ac. of Med. Sect. on Surg. Sitzg. vom 7. April. Med. Record. New York. Bd. 81. p. 491. (Nach plastischem Verschluss einer Ureterscheidenfistel, die nach Uterusexstirpation entstanden war; Nephrektomie wegen Atrophie der Niere, Erweiterung des Nierenbeckens und Eiterung.)
48. *Gaifami, P., Die Pyelonephritis der Schwangerschaft. Riv. osped. Nr. 12. p. 563. Ref. Presse méd. Nr. 72. p. 736.
49. *Ger, R., Ein Beitrag zur Pyelonephritis gravidarum. Inaug.-Diss. Bern 1911.
50. Gerhardt, Cystitis und Pyelitis. Würzburger Ärzteabend. Sitzg. vom 9. Juli. Münch. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1835.
51. Geyerman, P. T., Behandlung der Pyelitis, mit neun Beobachtungen. Amer. Journ. of Derm. and gen.-ur. Diseases. Bd. 16. p. 411. (Empfiehlt Nierenbeckenspülungen und Instillationen mit Silbernitrat.)
52. *Glendinning, Ureteral catheterisation in the pyelitis of pregnancy. Arch. of the Middlesex Hosp. Clin. Series. Nr. 8. Ref. Edinburgh Med. Journ. N. S. Bd. 8. p. 370.
53. Gorasch, Zur Frage der Paranephritis suppurativa. Russ. urol. Ges. Sitzg. vom 4. Mai. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 662. (In der Diskussion weist Oppel auf Thrombophlebitis als Ursache hin.)
54. *Graefe, K., Über Pyelitis gravidarum. Inaug.-Diss. Heidelberg.
55. Gunn, S. P., Unilateral pyelonephritis. Dublin Journ. of Med. Science. Bd. 132. p. 370. (Zwei Fälle.)

56. *Guyonneau, F. A., Des troubles de l'appareil urinaire dans le cours de l'appendicite. Thèse de Bordeaux. 1911/12. Nr. 121.
57. *Harzbecker, O., Über metastatische, paranephritische Abszesse. Arch. f. klin. Chir. Bd. 98. Heft 4.
58. Hatch, E. R., Acute pyelitis in infancy. Buffalo Med. Journ. Bd. 17. p. 663.
59. *Hepner, G., Über die eitrigen Erkrankungen der Harnwege bei männlichen Säuglingen. Inaug.-Diss. Kiel. 1910.
60. Herczel, E., Neuere Beiträge zur Pathologie der akuten paranephritischen Abszesse. Orvosi Ujság. 1911. Nr. 4. Sebészet. Ref. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 799. (Zwei Fälle von Nierenfurunkeln, einer nach Panaritium.)
61. Herringham, W. P., Kidney diseases. London, H. Frowde and Hodder and Stoughton. (Die Nierenerkrankungen in der Schwangerschaft sind von H. Williamson behandelt.)
62. *Hess, O., Experimentelle Untersuchungen über das Bacterium coli als Eitererreger. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1405.
63. Highsmith, J. F., Suppurative diseases of kidneys including renal calculus; their symptoms, diagnosis and treatment. Old Dominion Journ. of Med. and Surg. Bd. 15. Nr. 3.
64. *Huber, W. H., Die anatomischen und physiologischen Grundlagen der lokalen Pyelitistherapie und ihre Heilerfolge. Inaug.-Diss. Freiburg 1911.
65. *Husey, P., Sechs Puerperalfieberfälle mit interessantem bakteriologischem Befunde. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 359.
66. *Hunner, G. L., Diagnosis and treatment of obscure cases of pyelitis and hydronephrosis. Philadelphia County Med. Soc. Sitzg. vom 23. Okt. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 59. p. 2278.
67. — Treatment of pyelitis. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 15. Nr. 4.
68. *Jäger, F., Die Bedeutung alter Pyelonephritiden für gynäkologische Operationen. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 3. p. 233.
69. Jamiesen, W. R., Niereninfektionen. Amer. Journ. of Derm. and Gen.-ur. Diseases. Bd. 16. p. 66. (Nimmt hämatogene, aszendierende und Infektion per contiguitatem an.)
70. Jeremitsch, Über hämatogene Nierenabszesse. Russ. urol. Ges. Sitzg. vom 1. Dez. 1911. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 658. (Grosser paranephritischer Abszess nach Durchbruch eines Nierenabszesses, der mit dem Nierenbecken nicht in Verbindung stand, nach Furunkel an der Unterlippe; Eröffnung und Nephrotomie, später sekundäre Nephrektomie.)
71. *Illyés, G. v., Durch harnsaure Kristalle verursachte Perinephritis. Orvosi Hetilap. Nr. 22. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 1504. Fol. urol. Bd. 6. p. 691.
72. *Johansson, S., Sind bei schwierigen Fälle von Schwangerschaftspyelonephritis chirurgische oder obstetrische Eingriffe vorzuziehen? Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 3. p. 279.
73. Johnson, C. K., Colon bacillus infection of urinary tract in infants and children. Vermont Med. Monthly. Bd. 93. Nr. 1.
74. *Joseph, E., Über akute septische Infektion der Niere und ihre chirurgische Behandlung. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 3. Dez. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 2495.
75. Kahn, M., Congenital stricture of the ureter producing pyonephrosis; nephrectomy. Med. Record. Bd. 82. p. 895. (Erst Eröffnung, dann Nephrektomie, weil sich der Sack wieder füllte.)
76. Keefe, J. W., Pyelonephrosis, cystoscopy, removal of the kidney by a transperitoneal operation. New England branch of the Amer. Urol. Assoc. Sitzg. vom 28. Nov. 1911. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 167. p. 20. (Stark vergrösserte, etwas bewegliche Niere; Drainage nach der Lendengegend, Heilung; in der Diskussion wird ein ähnlicher Fall von Beal erwähnt.)
77. Kehrer, Tödliche Pyelonephritis nach Inversio uteri. Gyn. Ges. Dresden. Sitzg. vom 18. April. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1154. (Kurze Erwähnung.)
78. *Kjer-Petersen, Die Wrightsche Vakzinetherapie. Ugeskr. f. Laeger. 1911. Nr. 35.
79. Klussmann, H., Pyuria and determination of its origin. Northwest Med. Bd. 4. Nr. 4.
80. *Koll, J. S., Eine experimentelle und klinische Studie der Kolonbazillusinfektion des Harnsystems. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 461.
81. *— Further experience with solution aluminum acetate in colon bacillus infection

of the urinary tract. Amer. Journ. of Urol. Juni, Amer. Urol. Assoc. 11. Jahresvers. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 58. p. 1307 u. Lancet-Clinic. Cincinnati. Bd. 107. Nr. 10.

82. Krotoszyner, M., Nephrectomy in bilateral pyelonephritis. Amer. Joutn. of Urol. Bd. 8. Nr. 2. (Exstirpation der nicht funktionierenden rechten Niere, Spülungen des linken Nierenbeckens, Besserung.)

83. — Urosepsis. California State Journ. of Med. Bd. 10. Nr. 7.

84. Kubinyi, Pál, Sülyos pyelitisuek ureter katheter állandó alkalmazásával és vesemedeuczemosásokkal gyógyitott esete. Aus der Sitzg. d. kgl. Ärztevereins am 17. Febr. Ref. Orvosi Hetilap. Nr. 14. (Schwere, fieberhafte Pyelitis nach einer Wertheim-operation. Verweilkatheter in beide Harnleiter mit Durchspülung der Nierenbecken. Nach sechs- resp. 30tägiger Behandlung Genesung.) (Temesváry.)

85. Kusnetzky, D., Zum operativen Eingriff bei eitriger Pyelonephritis. Russki Wratsch. 1910. Nr. 51. Ref. St. Petersb. med. Zeitschr. Bd. 37. p. 73. (Puerperale Pyämie mit nachfolgender Pyelonephritis. Nephrektomie, Heilung.)

86. *Lefour und Faugère, Pyélonéphrite gravidique. Soc. d'Obst., de Gyn. et de Péd. de Bordeaux. Sitzg. vom 26. März. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 42. p. 526.

87. Le Fur, Enorme suppuration réno-urétérale compliquée de périnéphrite et périurétérite; néphrectomie, guérison. Soc. de Chir. Sitzg. vom 8. Dez. 1911. Presse méd. Nr. 1. p. 5. (Die Periureteritis dehnte sich bis ins Becken herunter aus.)

88. Lehr, L. C., Report of a case of gonorrheal pyelitis. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 59. p. 36. (Argyrolinstillationen und Vakzinebehandlung erfolglos, schliesslich Heilung mit Silbernitratinstillationen 1 : 3000 und Spülungen 1 : 5000.)

89. Lemierre, A., und P. Abrami, Deszendierende Infektion der Harnwege bei Typhus. Journ. d'Urol. Bd. 2. Nr. 1. (Typhusbakteriurie kann Nephritissymptome bewirken.)

90. Lepoutre, La pyélonéphrite des suites de couches. Journ. des Sciences méd. de Lille. Nr. 32. p. 121. (Starke Pyurie, Nephrotomie erfolglos, Nephrektomie wegen Herabsetzung der Nierenfunktion.)

91. Leshneff, Paranephritischer Abszess. Russ. urol. Ges. Sitzg. vom 12. Okt. Zeitschrift f. Urol. Bd. 6. p. 662.

92. *Lichtenberg, A. v., Behandlung der Pyelitis. Therap. Monatshefte. Heft 6.

93. Lilienthal, H., Ureteral catheterization as therapeutic measure. Amer. Journ. of Urol. Bd. 8. Nr. 2. (Drei erfolgreiche Fälle von Spülung des Nierenbeckens bei Pyelitis und ein Fall von Erweiterung einer Ureterstriktur durch Dauerkatheter nach Ureterostomie wegen Steines.)

94. Lossen, Pyonephritische Wanderniere mit 100 g schwerem Phosphatstein. Allg. ärztl. Verein Köln. Sitzg. vom 4. März. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59.p. 957. (18 Jahre früher Pyelonephritis im Wochenbett; der Stein hatte einen schleimig-eitrigen Kern. Exstirpation, Heilung.)

95. Macfarlane, W. D., Pyelitis complicating pregnancy. Glasgow Obst. and Gyn. Soc. Sitzg. vom 22. Mai. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 1367. (Koliinfektion, Vakzinebehandlung erfolglos, Einleitung der künstlichen Frühgeburt.)

96. *Mackey, L. G. J., A post-graduate lecture on infection of the urinary tract by bacillus coli. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 994.

97. *Manens, R., Les pyélonéphrites de la fièvre typhoide. Thèse de Paris. 1910/11. Nr. 242.

98. Mannsfeld, Behandlung der Pyelitis bei Schwangeren. IV. Kongr. d. ung. Ges. f. Chir. 1911. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 467. (Siehe Jahresber. Bd. 25. p. 351.)

99. Marion, Diagnostic et traitement des suppurations pyélo-rénales. Journ. de pract. Nr. 9.

100. Médikow, Bedeutung der bakteriologischen Untersuchung des Harns in allen Fällen von gastro-intestinalen Störungen bei Kindern. Wratsch. Gaz. 27. Mai. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 312. (Fand im Harn häufig Eiweiss, Leukozyten, Kolibazillen, zuweilen Zylinder.)

101. *Merkel, H., Eine seltene Komplikation bei Pyonephrose. Virchows Arch. Bd. 207. Heft 1.

102. *Meyer, A. H., Erfaringer om pyri hos born. Ugeskr. f. Laeger. Bd. 74. p. 889.

103. *Meyer-Betz, Über primäre Kolipyelitis. Ärztl. Verein München. Sitzg. vom 24. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 843 u. Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 105. Heft 5/6.

104. *Müller, A. Untersuchungen über die Ausbreitung des entzündlichen Prozesses im Nierenparenchym bei der aufsteigenden Pyelonephritis. Arch. f. klin. Chir. Bd. 97. Heft 1.
105. *Müller, V., Über Pyelonephritis gravidarum. Inaug.-Diss. Zürich 1911.
106. *Münnich, Über die Koliinfektion der Niere. Arch. f. klin. Chir. Bd. 98. Heft 3.
107. *Muller, A., Spreading of inflammation in renal parenchyma in ascending pyelonephritis. Amer. Journ. of Surg. Mai.
108. *Nobel, E., Zur Kenntnis des temperatursteigernden Giftes des Bacterium coli commune. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. Bd. 68. Heft 5.
109. *Noble, G. H., Additional cases of nephroureterectomy, removal of large suppurating kidneys. Amer. Journ. of Obst. Bd. 66. p. 753.
110. Nothmann, H., Zur diätetischen Behandlung der eitrigen Erkrankungen der Harnwege im Säuglingsalter. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 1848. (Empfehlung der Alkalibehandlung mittelst der Kellerschen Malzsuppe.)
111. Novis, A., Pyelonephritis. Brazil med. Bd. 26. Nr. 11.
112. *O'Connor, J. W., Pyelonephritis in pregnancy and the puerperium. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 167. p. 652.
113. *Paschkis, R., Beiträge zur Pathologie des Nierenbeckens. Fol. urol. Bd. 7. p. 55.
114. *Pawlicki, F., Zur Frage der akuten infektiösen Nephritis. Med. Klinik. Bd. 8. p. 1738.
114a. Pawlow, Pyelitis gravidarum. Journ. akusch. i shensk. bol. Okt. (Nicht totale Kompression des Ureters bildet conditio sine qua non der Pyelitis. Die Infektion gelangt ins Nierenbecken auf hämatogenem Wege (Bacterium coli commune). Ausser diätetischen Massregeln sind systematische Nierenbeckenspülungen mit desinfizierenden Lösungen indiziert [Abschwächung der Infektion seitens des Darmes und Beseitigung der durch Druck seitens des Uterus auf den Ureter hervorgerufenen Pyeloektasie]. Bleibt diese Behandlung erfolglos, so ist die Schwangerschaft zu unterbrechen, in welchem Stadium sie sich auch befinden mag, weil dann Schwangerschaftsunterbrechung allein das Leben der Mutter retten kann und die Behandlung des erkrankten Nierenbeckens ermöglicht. Die Nephrotomie ist in keinem Falle zu empfehlen.)
(H. Jentter.)
115. Pellegrini, A., Einseitiger, kortikaler, metastatischer Nierenabszess, wahrscheinlich infolge von Influenza; Inzision, Heilung. Riv. ospedal. p. 794. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 881.
116. *Périneau, Ch., Formes cliniques des pyélonéphrites aiguës suppurées. Gaz. des Hôp. Bd. 85. p. 769.
117. *— Resultats actuels du traitement des urétéro-pyélonéphrites suppurées par le cathétérisme urétéral et lavages du bassinet. Journ. d'Urol. Bd. 1. p. 663 u. Thèse de Paris 1910/11. Nr. 340.
118. *Philibert, La bactériurie éberthienne dans la fièvre typhoide. Progrès méd. Nr. 27. p. 333.
119. *Picker, Staphylokokkeninfektion der Harnwege. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. Beiheft. p. 342.
120. Polcenigo, P., Zwei Fälle von eitriger metastatischer Nephritis. Fol. urol. Bd. 6. p. 381. (Von peripheren Eiterungen aus.)
121. Pottet, Normale Entwickelung einer Schwangerschaft nach vorausgegangener Nephrektomie. Revue prat. d'obst. et de péd. Nr. 279. August. (Die Nephrektomie war wegen Pyonephrose ausgeführt worden, welche nach unreinem Katheterismus seitens einer Hebamme entstanden war.)
122. *Rawls, R. M., Colon Bacillus infection of the urinary tract. Med. Record. New York. Bd. 81. p. 359.
123. Reuss, A. v., Cystitis und Pyelitis. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 23. Mai. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 941. (Durch Parakolibazillen. wahrscheinlich vom Darm aus; zweimonatiges Kind.)
124. Ridgway, S. H., Kidney infection. Kentucky Med. Journ. Bd. 10. p. 667.
125. *Rinkenberger, Acute unilateral infection of the kidney. Annals of Surg. Bd. 56. p. 309.
126. Ritchie, J., Vaccine therapy. Edinburgh Med. Journ. N. S. Bd. 8. p. 38. (Empfehlung der Autovakzine bei nicht tuberkulösen Niereneiterungen.)
127. *Ritter, C., Die operative Behandlung der einseitigen akuten, septisch-infektiösen Nephritis. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1205, Verein Posener Ärzte. Sitzg.

vom 12. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 2005 u. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Chir. 41. Kongr. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. Kongressbeilage. p. 77.
128. Robitsek, E. C., Perinephritic abscess. Journal-Lancet. Minneapolis. Bd. 32. Nr. 15. (Empfiehlt ausgiebige Inzision und Drainage.)
129. Santos, R. D., Les complications rénales et périrénales de la furonculose. Med. contemp. Lissabon. Bd. 30. p. 337.
130. *Schickele, G., Beitrag zur Kenntnis der Pyelitis und Nierenbeckenerweiterungen während und ausserhalb der Schwangerschaft. Arch. f. Gyn. Bd. 98. p. 221.
131. *Schwyzer, A., Conservative surgery in purulent infections of kidney. St. Paul Med. Journ. Bd. 14. p. 549.
132. Shoemaker, G. E., Nephrectomy for pyonephrosis with sacculation of the kidney due to valve action. Philad. Ac. of Surg. Sitzg. vom 6. Mai. Annals of Surg. Bd. 56. p. 663. (Klappenförmiger Ureterverschluss, Hydronephrose und Infektion mit Staphylococcus pyog. albus. Nachweis durch Pyelographie. Nephrektomie, Heilung.)
133. *Sieber, H., Experimentelle Beiträge zur Ätiologie der Pyelitis gravidarum. Zeitschrift f. gyn. Urol. Bd. 3. p. 298.
134. Siegel, Pyonephrose. Ärztl. Verein Frankfurt. Sitzg. vom 1. Juli. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1786. (Völlige Zerstörung der rechten Niere nach Appendizitis und Cholecystitis.)
135. *Sippel, A., Aufsteigende Infektion der Harnwege bei frisch verheirateten Frauen („Kohabitationscystitis und -pyelitis"). Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1138.
136. De Smeth, J., Pyonéphrose unilatérale ouverte dans la cavité péritonéale. Soc. d'anat. path. Brüssel. Sitzg. vom 18. April. Presse méd. Nr. 58. p. 608. (Grosser, nicht tuberkulöser Eitersack mit prärenaler perinephritischer Phlegmone kommunizierend, die in die Bauchhöhle durchgebrochen war. Wahrscheinlich alte Pyelitis oder Pyelonephritis ohne Steinbildung.)
137. *Smith, O. C., Suppurative lesions of the kidney and ureter. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 167. p. 12 u. 21.
138. Sörensen, E., En undersogelsraekke over forandringer af en urinbacterie, foregaaede i de menneskelige urinveje. Hospitalstid. Bd. 54. Nr. 52.
139. Squier, J. B., Miliare Nierenabszesse mit Rückfällen. Amer. Journ. of Dermat. and Gen.-ur. Diseases. Bd. 16. p. 57. (Kolibazilleninfektion, Nephrektomie.)
140. Steele, H. M., Value of repeated examinations of urine in diagnosis of pyelitis. Yale Med. Journ. Bd. 18. Nr. 3.
141. *Stewart, L., A study of ascending infection of the kidney carried ont by the method of transplanting the ureters into the intestines. Univ. of Pennsylvania med. bull. Bd. 23. Nr. 5/6. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 37. p. 1481.
142. *Strominger, D. L., Arthrite du coude et urétéro-pyélite gonococcique, traitées au moyen de sérum antiméningococcique. Revue clin. d'urol. Mai.
143. Takaki, Y., Wert der Vakzinebehandlung. Sei-i-kwai Med. Journ. Tokio. Bd. 31. Nr. 8. Ref. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 59. p. 1327. (Empfehlung der Vakzinebehandlung bei Staphylo- und Streptokokken, Kolibazillen, Gono- und Pneumokokkeninfektion.)
144. *Tenney, B., und H. M. Chase, Urinary infection. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 166. p. 289.
145. *Tietze, Die pyogene Niereninfektion. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur. Sitzg. vom 8. Dez. 1911. Med. Klinik. Bd. 8. p. 333 u. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 49.
146. Tompkins, J. M., Kidney infections complicating pregnancy. Old Dominion Journ. of Med. and Surg. Bd. 14. p. 65.
147. Toussaint, H., Contusion de l'abdomen; abcès prérénal droit; laparotomie, guérison après fistule. Soc. de Méd. mil. franç. Sitzg. vom 25. April. Gaz. des Hôp. Bd. 85. p. 777. (Pyurie; Inzision und Drainage nach Laparotomie.)
148. *Unterberg, Eiweiss und Eiter im Urin. Orvosi Hetilap. Nr. 2. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 571.
149. Vanderhoof, The pseudomalarial types of pyelitis. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 58. p. 1172. (Macht auf die häufige Verwechselung der Pyelitis mit Malaria aufmerksam.)
150. Vaskewitsch, E. F., Behandlung der chronischen Pyelitis mit Spülungen. Wratsch. 7. April. (Mit Silbernitrat 1 : 200 und Oxyzyanat 1 : 2000.)
151. *Vorpahl, Spirochätenbefund im Urin bei Nephritis syphilitica. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2811.

152. Wade, H., Transperitoneal nephrectomy. Edinburgh Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 21. Dez. 1911. Lancet. Bd. 1. p. 97. (Wegen eitriger Nephritis.)
153. *Warren, G. W., Albumin determination, an aid in the diagnosis of kidney lesions. New York Med. Journ. Bd. 96. p. 1228 u. Amer. Urol. Assoc. 11. Jahresvers. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 58. p. 1306.
154. Weise, Pyonephrose. Ärztl. Verein Essen-Ruhr. Sitzg. vom 22. Okt. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 2338. (Grosser Eitersack; Exstirpation.)
155. *Weiss, W., Zur Serodiagnose des Bacterium coli. Inaug.-Diss. München 1911.
156. *White, W. H., On the importance of examining the urine bacteriologically. Lancet. Bd. 2. p. 1204.
157. Whiteside, G. S., Treatment of pus in urine. Northwest Med. Bd. 4. Nr. 11.
158. *Widal, und R. Bénard Pyélonéphrite gravidique par septicémie colibacillaire. Journ. d'Urol. Bd. 1. p. 317.
159. Wiggs, L. B., Hematogenous infection of kidneys. Old Dominion Journ. of Med. and Surg. Bd. 14. Nr. 3.
160. *Wildbolz, H., Über Deflorationspyelitis. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 1.
161. Williams, C., Bacilluria. Clin. Journ. London. Bd. 40. Nr. 8.
162. *Williams, E. M., Association of kidney infection with chronic infection of appendix and large bowel. Southern Med. Journ. Bd. 5. Nr. 8.
163. *— E. M. N., The nature of colon bacilluria. Lancet. Bd. 2. p. 511.
164. *Williams, R. S., H. L. Murray und A. J. Wallace, Investigation of coliform organismes in healthy and in infected urinary tract of female, with report of patients treated with autogenous vaccines. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. Bd. 22. p. 65.
165. *Wingrave, W., Bacillurie und Pyurie. Practitioner. Dez.
166. *Wollin, H., Zur Diagnose des perinephritischen Abszesses. Prager med. Wochenschr. Bd. 37. p. 31.
167. Woolsey, G., Subphrenic perinephritic abscess. New York Surg. Soc. Sitzg. vom 22. Nov. 1911. Annals of Surg. Bd. 55. p. 449. (Staphylococcus aureus; Inzision und Drainage.)
168. *Zinn, W., Metastatische Nieren- und paranephritische Abszesse, ausgehend von Furunkeln. Therapie d. Gegenw. Nr. 4.

Infektion der Harnwege. Tenney und Chase (144) betonen die Ausscheidung verschiedener Bakterien aus dem Kreislauf durch die Nieren. Dieselben können, ohne Veränderungen zu bewirken, die Nieren passieren, aber auch mannigfache Störungen in den Nieren hervorrufen, besonders wenn der Harnabfluss Behinderung erfährt. Die Behandlung hat daher die Aufgabe, die Behinderung des Harnabflusses zu beseitigen und die Menge der Bakterien im Blute zu verringern.

Bassler (10) fand in 9 % aller Gesunden Kolibazillen im Harn, ohne dass Störungen von seiten der Harnorgane vorhanden waren.

Williams (163) fand im Blasenharn von Gesunden, die keinerlei Darmstörungen hatten (26 Fälle), keine, dagegen unter 44 Fällen von Darmstörungen 16 mal Kolibazillen, und zwar waren in zwei Fällen Cystitiserscheinungen, in allen übrigen erhöhte Miktionsfrequenz vorhanden. Die Bazillen schwanden nach Beseitigung der Darmstörungen, ohne dass die Blase direkt behandelt oder Vakzine angewendet wurde. Es wird daher eine Infektion vom Darm aus angenommen und die Schwangerschaft wegen der häufigen Obstipation als Prädisposition angesehen.

Williams, Murray und Wallace (164) betonen die Kulturverschiedenheiten der Kolibazillen bei Harninfektion und infolge dieser Verschiedenheiten muss zur Behandlung stets die Autovakzine verwendet werden. Da die Urine gesunder Frauen häufig Kolibazillen enthalten, so wird die Einwanderung auf dem Wege per vulvam et urethram angenommen.

Nobel (109) bestimmte als pyrogenes Gift der Kolibazillen eine stickstoffhaltige, hitzebeständige Substanz, die in Äther und Alkohol löslich ist und als weit abgebautes Eiweissspaltungsprodukt angesehen wird, das die Biuretreaktion nicht mehr gibt.

Weiss (155) fand, dass alle Sera Cystitiskranker mit dem eigenen Stamm Agglutination geben, dagegen vermag das Serum aller nicht an Koliinfektion Erkrankten weder mit dem eigenen, noch mit einem fremden Kolistamm, der aus Fäzes gezüchtet wurde, Agglutination zu geben.

Hess (62) stellte durch Tierversuche fest, dass das Bacterium coli für sich allein Eiterung und schwere Veränderungen im Urogenitalsystem hervorrufen kann.

Bloch (18) nimmt ausser der weitaus überwiegenden primären und hämatogenen Koliinfektion eine sekundäre, aufsteigende, besonders bei primärer Gonorrhöe an. Sie entsteht besonders bei Abflusshindernis aus dem Nierenbecken durch anormalen Ureterursprung, Schlängelung des Ureters und Stenose infolge von parametritischen Adhäsionen und geht mit Schüttelfrost und Fieber einher. Therapeutisch werden Ureterkatheterismus, Nierenbeckenspülungen und Diurese, eventuell verbunden mit Autovakzinebehandlung empfohlen.

In der Diskussion erwähnt Hanau die zuweilen ungünstige Prognose der Schwangerschaftspyelitis, die zur Kolisepsis führen kann, und Fischer die lymphogene Infektion durch vom Kolon zum Nierenbecken ziehende Lymphbahnen. Bloch nimmt als Disposition zur Schwangerschaftspyelitis die Hyperämie der Gewebe und die Kompression des rechten Ureters durch den Uterus an.

Birk (16) macht darauf aufmerksam, dass ein wenn auch kleiner Teil der Kolipyelitisfälle im Kindesalter ungeheilt bleibt und chronisch wird, indem nach Monaten und selbst Jahren vollkommenen Wohlbefindens Rezidive auftreten können, wofür er neun Fälle als Belege anführt. Als disponierendes Moment ist er geneigt, die exsudative Diathese (Lust) anzunehmen, als Disposition zum Eintritt von Rezidiven spielt Erkältung eine Rolle. Das weibliche Geschlecht ist auch im Kindesalter überwiegend befallen (unter neun Fällen acht Mädchen) und es liegt die Annahme nahe, dass diese chronischen rezidivierenden Fälle später in der Schwangerschaft sich wieder als mangelhaft widerstandsfähig erweisen, was jedoch in einem mitgeteilten Falle nicht zutraf. Zur Behandlung wird auch hier Urotropin, Salol und Trinkdiurese empfohlen, jedoch bedeutet das Schwinden der Symptome keine definitive Heilung und der Harn kann jahrelang eiter- und bazillenhaltig bleiben.

Huber (64) nimmt als häufigste Entstehung der Pyelitis die urogene, aufsteigende Infektion mit Rückstauung im Ureter an und sieht als Beweis hierfür die Disposition des weiblichen Geschlechtes und in der Schwangerschaft an. Zur Behandlung kommt die konservative (interne und indirekt örtliche), die chirurgische, die geburtshilfliche (mittelst Entbindung) und der Ureterenkatheterismus mit oder ohne Nierenbeckenspülungen in Betracht.

Mackey (96) erklärt die aufsteigende Kolibazilleninfektion der Harnwege für viel häufiger, als die hämatogene. Bei chronischen Fällen konnte durch Injektion von Autovakzine unverkennbar Besserung und Heilung bewirkt werden, dagegen geben die akuten Fälle weniger auffallende Resultate, obwohl das gewöhnlich rasche Absinken der Temperatur als Beweis für die günstige Einwirkung der Vakzine anzusprechen war.

Meyer-Betz (103) nimmt für Kolipyelitis die Einwanderung der Keime auf dem Lymph-, auf dem Blutwege und vom Darme aus an und als disponierende Momente Harnstauung, Obstipation und Erkältung. Die Behandlung mit Kolipyelitisserum blieb negativ, Vakzinebehandlung wirkte nur gegenüber dem homologen Stamme, eine Heilung dadurch wurde nicht beobachtet, wohl aber Besserungen. Der Harn ist ein vorzüglicher Nährboden für Kolibazillen, hohe Azidität hemmt das Wachstum, ohne es ganz zu verhindern. Er empfiehlt therapeutisch Übersäuerung und Erhöhung der Konzentration des Harns durch Phosphorsäure, Schwitzbehandlung und saure Diät, ausserdem Harndesinfizientien.

In der Diskussion befürwortet Kerschensteiner in gleicher Weise die Säurebehandlung.

Müller (104) bezeichnet die Ausbreitung einer Entzündung vom Nierenbecken ins Nierenparenchym auf dem Harnwege als unwahrscheinlich, dagegen hält er die Ausbreitung auf dem Wege der Lymphbahnen für den häufigsten Weg. Die Infiltrate können in die Lumina der Harnkanälchen einbrechen.

Muller (107) nimmt ausser dem Blutweg den Lymphweg als die häufigste Quelle der Niereninfektion an.

Périneau (116) unterscheidet eine Pyelonephritis durch Aszension, und zwar entweder in bisher gesunder Niere von einer Blaseninfektion aus mit schleichendem Beginn, Pollakiurie, geringer Pyurie und geringen oder fehlenden Allgemeinerscheinungen und mit einer von der Dauer der Erkrankung abhängigen Prognose, oder eine Infektion bei bestehender Dilatation der Harnwege, mit häufig akutem Beginn, starker Polyurie, Nierenschmerzen, vergrösserter Niere, Schmerzpunkten und schweren Allgemeinerscheinungen; ferner eine hämatogene Form, entweder ohne vorherige Retention, wobei die Nephritiserscheinungen vorherrschen oder mit vorheriger Retention mit dominierenden Erscheinungen von Ureteropyelitis. Sehr selten ist die Infektion auf dem Lymphwege; endlich ist eine direkte Infektion bei Nierenverletzungen möglich.

Tietze (145) betont die besonders starke Beteiligung des Nierenbeckens bei aszen-

dierender Infektion gegenüber der embolischen Eiterinfektion und die Anschwellung der Fettkapsel bei Pyelonephritis, so dass eine Pyonephrose vorgetäuscht werden kann. Hervorgehoben wird die Wichtigkeit des Ureterenkatheterismus und die Schwierigkeit der Diagnose bei miliaren Nierenabszessen.

Rawls (122) beobachtete Koliinfektion der Harnwege in zwei Fällen bei vorher Gesunden, in zwei Fällen nach der Geburt und in 14 Fällen nach einer Operation (bei infiziertem, extrauterinem Fruchtsack, bei Appendixoperation, perinephritischem Abszess, Beckenabszess und Tubenerkrankung und bei Operation an Magen- und Gallenblasenkarzinom). Es wird hämatogene, nicht aszendierende Infektion angenommen, in dem Falle von perinephritischem Abszess Infektion per contiguitatem.

Stewart (141) zieht aus Tierversuchen mit Harnleitereinpflanzung in den Darm den Schluss, dass viel seltener das Harnleiterlumen als die Lymphgefässe die Hauptbahn für die aufsteigende Infektion bilden. Die Gefahr der Peritonitis wurde durch Verwendung von in Formalin gehärteten Arterienstücken bei der Implantation auf ein Minimum reduziert. Die Höhe der Einpflanzungsstelle war ohne Einfluss auf die Infektion.

Smith (137) lässt ausser der hämatogenen eine aszendierende Infektion der Niere mit Eiterkeimen zu und erklärt die Infektion per contiguitatem für selten. Bei der hämatogenen Infektion treten die allgemeinen Symptome in akuter Weise auf, während bei der aszendierenden Form längere Eiterung aus den Harnwegen den allgemeinen Symptomen vorauszugehen pflegt, jedoch hängt die Heftigkeit der Symptome in beiden Fällen von der Virulenz der Keime ab. Die Diagnose muss mit allen modernen Hilfsmitteln, Kystoskopie, Ureterkatheterismus oder Harnscheidung, sowie mit Funktionsprüfung gestellt werden. Bei Erfolglosigkeit der konservativen Behandlung muss möglichst bald zu chirurgischen Eingriffen geschritten werden; ob die Nephrotomie oder die Nephrektomie auszuführen ist, entscheidet der Zustand der Niere, das Vorhandensein noch funktionsfähigen Gewebes und der Zustand der anderen Niere. Bei der Operation selbst ist Äther- und Chloroformnarkose möglichst zu vermeiden, um toxische Schädigung des Nierenparenchyms zu verhindern. Nach der Operation ist Drainage anzuwenden.

In der Diskussion äussert sich Thorndike bei hämatogener Infektion gegen, bei aszendierender dagegen für primäre Nephrektomie.

White (156) nimmt ausser der Infektion der Harnwege direkt aus dem Darm und auf dem Blutwege auch die aszendierende Infektion an, wofür das weitaus häufigere Vorkommen der Kolibazillurie beim weiblichen Geschlechte spricht. Schwangerschaft ist als prädisponierendes Moment aufzufassen und der Kompression des rechten Ureters wird dabei eine ursächliche Rolle zuerkannt. Kolibazillurie kann ohne sonstige krankhafte Erscheinungen in den Harnwegen bestehen, sie kann aber auch mannigfache Symptome hervorrufen, so dass irrigerweise Nierensteine und Appendizitis angenommen werden. Auch für die Entstehung einer Hämaturie bei interstitieller Nephritis wird Koliinfektion als Ursache angenommen. Ebenso ist für die Erklärung nervöser Störungen der Nachweis von Kolibazillen im Harn notwendig. Zur Behandlung wird vor allem die Autovakzine empfohlen. In der Schwangerschaft ist die Einleitung der künstlichen Frühgeburt und die Ausführung einer Operation an der Niere nicht nötig.

Wingrave (165) führt Bacillurie und Pyurie auf Katheterinfektion und Residualharn zurück, die Pyurie ferner auf Cystitis und Urethritis, sowie auf intestinale Zersetzungen bei Obstipation. Therapeutisch werden Aloin, Salol, Kreosot, Urotropin (kombiniert mit Phosphorsäure zur Hebung der Azidität) und in hartnäckigen Fällen Vakzinebehandlung empfohlen.

Paschkis (113) unterscheidet eine akute und chronische Pyelitis, subakute, chronische und subchronische Formen zu unterscheiden ist nicht möglich. Als Folgezustände werden Sklerose des Bindegewebes, Hypertrophie und Atrophie der Muskularis, Zunahme der elastischen Fasern und Fettumwachsung des Nierenbeckens erwähnt, am Epithel Abplattung, Schichtenvermehrung und Metaplasie. Anatomisch wird eine granuläre oder follikuläre Pyelitis, eine Pyelitis proliferans, papillaris und glandularis unterschieden. Drüsen enthält die normale Schleimhaut nicht, jedoch können durch chronische Entzündungsprozesse drüsenähnliche Bildungen entstehen, die zum Ausgangspunkt maligner Tumoren werden können. Schleim fand sich bei einem Nierenbeckenpapillom; dagegen fehlen Schleim und Drüsenschläuche bei Tuberkulose.

Münnich (106) betont die mögliche Verwechselung der Kolipyelitis mit Appendizitis, die durch bakteriologische Untersuchung des Ureterharns vermieden werden kann. Die Gefahr der Koliinfektion besteht in dem Zurückbleiben einer Bakteriurie oder leichten Pyurie nach scheinbarer Heilung, die zu Rezidiven disponiert. Bei akuten Fällen wird

Urotropin, bei Harnstauung der Ureterkatheterismus, bei septischen Allgemeinerscheinungen die Nephrotomie empfohlen, bei chronischer Koliinfektion mit Eiter- und Eitersteinniere, wenn die andere Niere gesund ist, die Nephrektomie; dagegen bei doppelseitiger Erkrankung oder Funktionsbeschränkung der anderen Niere die Nephrotomie.

Amann (4) beschuldigt die Pyelitis als Ursache prämenstrueller Temperatursteigerungen, die er auf die durch die prämenstruelle Hyperämie bewirkte Stauung des bakterienhaltigen Harns zurückführt, was von L. Seitz (Diskussion) bestätigt wird, der aber prämenstruelle Steigerungen auch ohne pathologische Prozesse, ferner bei Herzfehlern, alter Lues, Hautkrankheiten, Tuberkulose etc. beobachtet hat.

Holzbach (c. 6. 28) erklärt das Prämenstruum als auslösend für eine pyelitische Attacke, die meist auf latenter Bakteriurie beruht.

Wildbolz (160) beobachtete wiederholt bei frisch verheirateten Frauen Pyelitis und fand die Ursache in der Infektion der durch die Defloration gesetzten Hymenalverletzungen. Die Pyelitis war fast immer rechtsseitig. Wenn — beim Fehlen von Gonokokken — die internen Harnantiseptika nicht zum Ziele führen, muss eine energische Lokalbehandlung eingeleitet werden. Dabei muss völlige Keimfreiheit des Harns erzielt werden, da es möglich ist, dass eine Pyelitis in der Schwangerschaft auf einer übersehenen Deflorationspyelitis beruht.

Sippel (135) bestätigt das von Wildbolz beobachtete Vorkommen einer Kolicystitis und -Pyelitis bei jungverheirateten Frauen, führt aber die Infektion nicht auf die Deflorationsverletzungen, sondern auf ein mechanisches Hineinmassieren infektiösen Materials in die Harnröhre durch die Kohabitation zurück. Beschwerden von seiten der Harnorgane bei jungverheirateten Frauen sollte deshalb grössere Beachtung geschenkt werden. Eine Schwangerschaftspyelitis ist häufig das Neuaufflackern einer Kolibakteriurie, die schon vorher bestand, indem bis dahin die Kolibazillen in den Harnwegen ein saprophytäres Dasein geführt haben können, ohne Krankheitserscheinungen zu bewirken.

Picker (119) erwähnt als Symptome der Staphylokokkeninfektion Pyurie mit Blasenbeschwerden, Phosphaturie und Entleerung inkrustierter Massen am Schluss der Blasenentleerung; die intrazellulären Diplokokken sind oft nur durch Gram-Färbung von Gonokokken zu unterscheiden.

Delarche (34) führt Niereneiterungen bei Säuglingen am häufigsten auf aszendierende Infektion (daher viel häufiger bei Mädchen) und seltener auf Darmstörungen zurück. Zur Behandlung werden Trinkdiurese und Harnantiseptika empfohlen.

Hepner (59) beschreibt fünf Fälle von Kystopyelitis bei Säuglingen, davon vier im Anschluss an Darmerkrankung. In drei Fällen, die bakteriologisch untersucht wurden, waren Kolibazillen in Reinkultur vorhanden. Die Behandlung bestand in Darreichung von Urotropin bis zum Eintritt der Formaldehydreaktion im Harn.

Meyer (102) fand unter 68 Fällen von Pyurie im Kindesalter (70,6 % Mädchen) 38 mal Kolibazillen in Reinkultur und in 44 Fällen primäre Darmerkrankungen. Neun Kinder starben, davon vier an der Erkrankung der Harnwege selbst. Die Behandlung ist zum Teil eine kausale (Unterdrückung der Darmaffektion) und besteht besonders in Trinkdiurese. Urotropin- und Vakzinebehandlung werden skeptisch beurteilt.

Fleischhauer (43) beschreibt 10 Fälle von Schwangerschaftspyelitis, darunter entgegen der herrschenden Anschauung acht bei Erstgebärenden. In diagnostischer Beziehung wird die häufige Verwechselung mit Pneumonie (unter 10 Fällen dreimal) hervorgehoben, welche sich aus einer Schonungsatelektase der unteren Lungenpartien auf der erkrankten Seite erklärt. Die Unterscheidung von Appendizitis ergibt sich aus dem Harn, der bei allen fieberhaften Schwangeren womöglich auch bakteriologisch untersucht werden muss. Die Harnstauung erfolgt anscheinend häufig an der mittleren Schwalbeschen Ureterspindel, jedoch kann auch Hyperämie und Schwellung des Ureters infolge der Gravidität der Anlass zur Stauung werden. In prognostischer Beziehung sind Koliinfektionen günstig, Staphylo- und Streptokokkeninfektionen viel ernster zu beurteilen. Als wirksamste Therapie werden in der Schwangerschaft die Nierenbeckenspülungen empfohlen, welche momentan schwere Störungen zu beseitigen imstande sind und den Ureter und damit auch das Nierenbecken, vorausgesetzt dass dieses nicht zu sehr gedehnt ist (wie bei grösseren Pyonephrosen), zu lebhaften peristaltischen Bewegungen anreizen. Fünf Fälle wurden hierdurch vollständig geheilt, darunter eine mit paranephritischem Abszess komplizierte Staphylokokkenpyelitis.

V. Müller (105) nimmt auf Grund von 25 Fällen aus der Züricher Klinik die aufsteigende Infektion als Regel an und macht bezüglich der Diagnose auf die längs des Ureterverlaufes nach oben und unten ausstrahlenden Schmerzen bei starkem Druck am Mac Bur-

neyschen Punkt aufmerksam; ausserdem festigen die schweren Allgemeinsymptome, die geringen subjektiven Erscheinungen von seiten der Blase, der kystoskopische Befund und der Ureterkatheterismus die Diagnose. Bei schweren Fällen geben Ureterkatheterismus und Nierenbeckenspülungen sehr gute und prompte Erfolge und söllten stets vor Einleitung der künstlichen Frühgeburt versucht werden, welch letztere allerdings bei Lebensgefahr nicht zu umgehen ist (drei Fälle). Die Nephrotomie oder Nephrektomie kommt nur bei sekundären schweren Eiterungen in Frage.

Gaifami (48) analysiert 30 Fälle von Pyelonephritis gravidarum und nimmt viel öfter eine aufsteigende, als eine hämatogene Infektion an. Am häufigsten wurden Kolibazillen, viel seltener Gonokokken, Staphylo- und Streptokokken gefunden. Betont wird die Häufigkeit des Rezidivs in der nächstfolgenden Schwangerschaft, wenn auch die Symptome nach der Geburt nachlassen oder verschwinden. Die Behandlung bestand in Trinkdiurese, Milchdiät und Harnantisepticis; die Einleitung der künstlichen Frühgeburt ist nur selten nötig. In hartnäckigen Fällen sind Nierenbeckenspülungen angezeigt, jedoch folgte in einem Falle auf den Ureterenkatheterismus die Frühgeburt. Ein Fall wurde durch Vakzinebehandlung gebessert.

Graefe (54) beschreibt sechs Fälle aus der Mengeschen Klinik und nimmt die aufsteigende Infektion als den häufigsten Weg an, während er der gleichzeitigen Obstipation einen ursächlichen Wert nicht beimisst. In einem Falle musste wegen schweren Fiebers und schlechten Allgemeinzustandes die künstliche Frühgeburt eingeleitet werden.

Andrews (6) neigt zur Annahme einer hämatogenen Infektion der Niere durch Kolibazillen vom Darm aus zur Erklärung der Pyelitis und Pyelonephritis in graviditate. Die Therapie besteht in Bettruhe, Milchdiät, Diurese und Urotropin, jedoch muss der Harn durch Kaliumnitrat neutral oder alkalisch erhalten werden. Die Einleitung der künstlichen Frühgeburt ist möglichst zu vermeiden, ein chirurgischer Eingriff kommt nicht in Betracht. 19 Fälle.

Johansson (72) befürwortet in schweren Fällen von Schwangerschaftspyelonephritis, weil hier nach konservativer Behandlung und Einleitung der künstlichen Frühgeburt eine Besserung nicht zu erwarten ist, die chirurgische Behandlung und teilt einen mittelst Nephrotomie bei miliaren und submiliaren Abszessen geheilten Fall mit, in dem sowohl Nierenbeckenspülung, als auch Frühgeburteinleitung erfolglos geblieben waren.

Sieber (133) schliesst aus den von ihm angestellten Tierversuchen (die übrigens den bei der Gravidität des Menschen vorhandenen Verhältnissen nicht entsprechen, Ref.), dass es sich bei der Schwangerschaftspyelitis in der Mehrzahl der Fälle um eine aufsteigende Infektion handelt. Die im Harnleiter vorhandene Stauung wird als wesentliches Moment anerkannt.

O'Connor (112) führt die Koliinfektion der Niere in der Schwangerschaft auf direkte Überwanderung der Bazillen aus dem Darm zurück und nimmt für den Sitz in der rechten Niere die Dextrotorsion des Uterus und die Einstellung des kindlichen Kopfes in Anspruch. Die Infektion des Nierenbeckens führt immer Läsionen des Nierenparenchyms herbei. Die Behandlung mit Vakzine und Nierenbeckenspülungen wird ungünstig beurteilt und bei Erfolglosigkeit der internen konservativen Behandlung wird die chirurgische empfohlen.

Schickele (130) führt mit Hilfe der Pyelographie den Nachweis, dass in einer Anzahl von gynäkologischen Fällen (besonders Parametritis) mit subjektiven Beschwerden in der Nierengegend eine Erweiterung des Nierenbeckens und Ureters besteht und führt die Schmerzen nicht auf eine Entzündung, sondern auf die Stauung des Harns oberhalb der stenosierten Stelle zurück. Das gleiche gilt für Schwangerschaft und Wochenbett; auch hier genügt die Anwesenheit von Keimen nicht zur Entstehung einer Pyelitis, sondern es ist vor allem eine Harnstauung notwendig, die der allererste Anfang einer Nierenbeckenerkrankung ist. Bezüglich des Infektionsweges wird die aszendierende, die hämatogene und die lymphogene Infektion vom Darm aus für möglich erklärt und zwar wird bei der aszendierenden Infektion eine Insuffizienz des Ureterostiums infolge von Verlagerung der Blase und besonders des Trigonums durch Gravidität oder gynäkologische Erkrankungen angenommen. Die hämatogene Infektion ist besonders bei den während und nach der Geburt aufgetretenen, die lymphogene bei während und ausserhalb der Schwangerschaft eintretenden Fällen wahrscheinlich. Die Pyelographie wird für ein notwendiges diagnostisches Hilfsmittel erklärt.

Widal und Bénard (158) vermochten in zwei Fällen von Kolipyelonephritis bei Schwangeren den Kolibazillus aus dem Blute zu isolieren und so die hämatogene Infektion der Niere zu beweisen.

Ger (49) schlägt in therapeutischer Beziehung Bettruhe, Diurese und Harnantiseptika, in schwereren Fällen Nierenbeckenspülungen vor. Die künstliche Frühgeburt ist bei doppelseitiger Erkrankung und Erscheinungen von Allgemeininfektion angezeigt. 20 Fälle werden mitgeteilt.

Glendinning (52) legt für die Ursache der Pyelitis in der Schwangerschaft das Hauptgewicht auf die Verengerung und Kompression des Ureters und verlangt Entleerung des Nierenbeckens durch Katheterismus des Ureters, Injektion von Kochsalzlösung und mehrstündiges Liegenlassen des Ureters. Im Notfalle soll die künstliche Frühgeburt eingeleitet werden.

Lefour und Faugère (86) beschreiben einen Fall von doppelseitiger Graviditätspyelitis, bei welchem nach der spontanen Frühgeburt die Nephrotomie gemacht wurde, aber alsbald Exitus eintrat. Es wird in schweren Fällen die Indikation zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt in den Vordergrund gestellt. In einem von Guyot (Diskussion) mitgeteilten Falle war nach der Nephrotomie die Nephrektomie notwendig geworden. Fieux verwirft bei Schwangerschaft die Nierenbeckenspülungen und befürwortet die Frühgeburtseinleitung.

Hüssy (65) beschreibt einen schweren Fall von Puerperalinfektion mit anaeroben Streptokokken im Blute, in dem nach Heilung der Bakteriämie eine schwere linksseitige Pyelitis eintrat mit denselben Keimen im Harn.

Strominger (142) beseitigte eine schwere gonorrhoische Ureteropyelitis durch Injektion von Antimeningokokkenserum; gleichzeitig heilte die akute Urethritis aus.

Manens (97) empfiehlt bei Typhusbazillenpyelitis ohne Nierenbeckenerweiterung das Urotropin, bei Pyelonephritis mit Retention breite Nephrotomie und wenn der Zustand der anderen Niere dies erlaubt, sekundäre Nephrektomie.

Philibert (118) hält bei Behandlung der Typhusbakteriurie das Urotropin für unsicher und empfiehlt Jodkalium oder Arseniksäure (nach Tsuzuki und Ishida).

Vorpahl (151) konnte im Harn bei syphilitischer Nephritis mittelst des Tuscheverfahrens mit Leichtigkeit Spirochäten nachweisén.

Unterberg (148) fand keinen Zusammenhang zwischen der Zahl der Eiterzellen und der Eiweissmenge im Harn, so dass man weder aus der Eiweissmenge, noch aus der Transparenz des Harns Schlüsse ziehen kann, ob es sich um renale oder nur pyogene Albuminurie handelt.

Warren (153) stellt fest, dass ein Eiweissgehalt des Harns von mehr als 0,15 % bei Pyurie für Infektion der Niere selbst spricht; bei geringem Eitergehalt und 0,15 % Eiweiss ist eine Infektion der Niere wahrscheinlich.

Eckelt (39) fand bei Pyelonephritis im Nierenbecken ein kirschgrosses weiches, aus Leukozyten, Fibrin und Zelltrümmern bestehendes Gerinnsel ohne kristallinische Ablagerungen und benützt dies als Beweis, dass organische Gerinnsel nicht immer eine sofortige Abscheidung von Steinbildnern zur Folge haben muss.

Williams (162) beschuldigt Infektion des Appendix und des Dickdarms, besonders mit geschwürigen Prozessen als Veranlassung der Auswanderung von Darmkeimen in das Blut und in die Nieren und betont die Disposition bei vorhandenen entzündlichen Adhäsionen des Darms.

Dehen (33) führt als Folgezustände der Appendizitis von seiten der Nieren funktionelle Störungen, Bakteriurie, toxische Nephritis, metastatische Nierenabszesse, Stauungserscheinungen durch Nephroptose, Ödem und Sklerose der Nierenkapsel, perirenale Abszesse und renale Abszesse durch Kontakt an, ferner Deviation und Kompression durch Adhäsionen und Abszesse, Pyelitis und Perforation des Ureters, ausserdem von seiten der Blase Pollakiurie, Harnretention, Peri- und Paracystitis, Blasenperforation und Blasendarmfisteln.

Guyonneau (56) nennt als Komplikationen der Appendizitis seitens der Nieren und Ureteren Nephritis und Albuminurie, Pyelonephritis und Perinephritis, Periureteritis, Kompression des Ureters und Hydronephrose, von seiten der Blase Blasensymptome durch direkte Reizung, Durchbruch mit Fistelbildung und reflektorische Störungen. Der Nachweis dieser Zustände geschieht durch Kystoskopie, Ureterkatheterismus und Radiographie.

Jäger (68) berichtet über zwei Todesfälle an älteren symptomlosen Nierenvereiterungen nach Totalexstirpation des Uterus (wegen Totalprolaps und wegen Karzinoms). Die Infektion wird als eine aszendierende aufgefasst, weil die Hauptveränderungen in den Markkegeln sassen und sich von den Papillen aus radiär in die Markkegel erstreckten, während bei hämatogener Pyelonephritis die erste Lokalisation in den Glomerulis und Rindenkapillaren stattfinden. Die Diagnose kann nur durch Kystoskopie und Ureterkatheterismus

gestellt werden, welche Untersuchungsmethoden dann zuhilfe genommen werden müssen, wenn bei leichten Cystitissymptomen der Eiweissgehalt unverhältnismässig hoch ist.

Therapie. Schwyzer (131) empfiehlt bei Eiterinfektion der Niere konservative Behandlung im Hinblick auf die Gegenwart von Keimen bei intakter Niere und auf die Resistenzfähigkeit der Niere gegen bakterielle Infektion.

Koll (80. 81) stellte durch Tierversuche und klinische Beobachtungen fest, dass Koliinfektionen der Harnwege schneller durch 2 %ige essigsaure Tonerde, die keimtötend und wachstumshemmend wirkt, gebessert werden, als durch andere Medikamente, und zwar verschwinden die Bazillen 36—48 Stunden nach der Instillation; zuweilen ist noch nachträglich die Anwendung von Adstringentien erforderlich. Da überschüssige freie Essigsäure unangenehme subjektive Symptome hervorrufen kann, dürfen die gebrauchten Lösungen nicht mehr als eine Woche alt sein. Durch innere Darreichung von unteressigsaurer Tonerde wird die Gesamtazidität des Harns erhöht, was zur Bekämpfung der Koliinfektion wünschenswert erscheint.

Hunner (66) hebt die Schwierigkeit der genauen Diagnose bei Pyurie hervor und empfiehlt bei Koliinfektion Instillationen von Silbernitrat, bei Infektion mit Staphylococcus aureus solche von Formaldehyd (1 : 2000) ins Nierenbecken.

In der Diskussion empfiehlt Gwynn zur Diagnose den Ureterkatheterismus und die Pyelographie, sowie die Vakzinebehandlung. Pfeiffer fand die interne Behandlung häufig erfolglos.

Frank (46) empfiehlt bei Eiterinfektionen der Harnwege das Hexal in Dosen von 3—6 Gramm pro die, eine haltbare Verbindung von Urotropin und Sulfosalizylsäure, die gut vertragen wird, den Harn stark sauer macht, erhöhte Diurese bewirkt und vorhandene Nierenreizung günstig beeinflusst, die Eiterung beschränkt und auf die Mikroorganismen bakterizid einwirkt.

v. Lichtenberg (92) fordert bei Pyelitis eine genaue Feststellung der ätiologischen und anatomischen Grundlage mittelst Kystoskopie, Ureterkatheterismus und Pyelographie. Bei akuter Pyelitis wird der Dauerkatheter, den man 24 Stunden liegen lässt, empfohlen, bei chronischer dagegen intermittierende Spülungen mit Kollargol; bei Nephroptose ist die Nephropexie, bei Blindsackbildung des Ureters eine plastische Operation vorzunehmen.

Périneau (117) sucht die Wirkung der Nierenbeckenspülungen bei Pyelitis nicht bloss in der antiseptischen Kraft des Spülmittels, sondern auch in dem mechanischen Einfluss (besonders bei Ureterstrikturen) und in der Erhöhung des herabgesetzten Tonus der Nierenbeckenmuskulatur und die erleichterte Entfernung des gestauten, infizierten Inhalts. Als Kontraindikationen gegen die Spülungen werden genannt das Bestehen akuter Anfälle, geschwächter Allgemeinzustand und Kachexie, zu alte, eingewurzelte Erkrankungsfälle, endlich Pyonephrose. Von besonders günstiger Wirkung sind die Spülungen bei Schwangerschafts- und Wochenbettpyelitis und bei aszendierender Infektion ohne Erweiterung des Nierenbeckens; als Adjuvans kommt sie in Betracht bei Distension mit chemischen Veränderungen, bei hämatogener Infektion und infizierten Hydronephrosen.

Bijnen (15) empfiehlt zur Behandlung benigner Nierenbeckenerkrankungen 5 %ige Kollargollösung statt des Silbernitrats zu intraureteralen Injektionen.

Davis (32) hat in zwei Kolipyelitisfällen bei Schwangeren, die anders nicht zu beseitigen waren, die Nephrotomie ausgeführt und das Nierenbecken drainiert.

Bronner (23) fand bei Eiterinfektion der Harnwege, besonders durch Staphylo- und Streptokokken und Kolibazillen die Vakzinebehandlung erfoglreich, vorausgesetzt, dass noch keine Abszesse sich gebildet haben und keine Obstruktion besteht.

Kjer-Petersen (78) teilt einen hartnäckigen Fall von Kolipyelocystitis mit, in welchem auch die Vakzinetherapie erfolglos geblieben war und zuletzt vollständige Heilung nach Überstehen eines Typhus eintrat; er regt daher an, bei Kolipyelocystitis die Typhusvakzine zu versuchen.

Faltin (41) beobachtete bei Koli- und Staphylokokkenpyelitis von der Vakzinetherapie keine Beeinflussung.

Eyre (40) zieht in allen Fällen, wo eine Autovakzine hergestellt werden kann, diese der Behandlung mit einer Standardvakzine vor.

Reiter (b. 89) hat bei Infektionen der Harnorgane mit Kolibazillen, Staphylokokken etc. in 60 % mit der Vakzinebehandlung Heilung erzielt. Die besten Erfolge erreicht man mit Eigenvakzine, die bei der Koliinfektion unerlässlich ist.

Eiterinfektion der Niere. Ritter (127) sah bei einseitiger akuter, septisch-infektiöser Nephritis unbekannter Herkunft bei einem siebenjährigen Kinde nach der De-

kapsulation eine rasche Besserung bezw. Nachlassen des Harndrangs, Temperaturabfall und Zunahme der Harnmenge und definitive Heilung.

Cunningham (30) führt die einseitige infektiöse Nephritis auf einen infektiösen Embolus zurück, von dem aus entweder eine diffuse Entzündung oder eitrige Einschmelzung und Abszessbildung bewirkt wird. Die erstere ist intern zu behandeln, jedoch kann die Dekapsulation oder die Punktion der infizierten Herde, bei toxischen oder septischen Erscheinungen selbst die Nephrektomie in Frage kommen. Bei der letzteren Form ist die Nephrektomie angezeigt.

Joseph (74) erklärt die Diagnose der Pyelonephritis für schwierig und von der reinen Pyelitis durch den höheren Eitergehalt sich unterscheidend. Bei stürmischen, septischen Erscheinungen ist die Nephrektomie der Nephrotomie vorzuziehen, ausser bei geschwächten Kranken. In einem Falle erwies sich drei Jahre nach der Nephrotomie die Niere völlig sequestriert; sie musste entfernt werden. Auch bei septischer Pyelitis können schwere Erscheinungen auftreten; sie ist konservativ und bei Eiterretention mit Nierenbeckenspülungen zu behandeln. Paranephritische Abszesse verursachen örtlichen Druckschmerz bei normaler Nierenfunktion.

In der Diskussion betonen Casper und W. Israel, dass bei Pyelitis die Eitermengen grösser sind als bei Pyelonephritis. Roth warnt bei Pyelonephritis vor Nierenbeckenspülungen, Kutner und W. Israel sprechen sich für konservative Behandlung aus.

Noble (109) erklärt bei infizierter Hydronephrose die Nephrektomie für angezeigt, weil wenig funktionsfähiges Parenchym vorhanden ist, dagegen bei primärer Pyonephrose die Nephrektomie. Zwei Fälle, einer bei infizierter Hydronephrose und Ureterstein und einer bei seit der Kindheit bestehender Hydronephrose mit sekundärer Infektion.

Pawlicki (114) empfiehlt bei akuter infektiöser Nephritis besonders mit Abszessbildung, wenn die konservative Behandlung fruchtlos geblieben war, die Operation, besonders mittelst Nephrotomie, und wenn diese nicht genügt, die Nephrektomie.

Rinkenberger (125) hebt als einzig konstantes Symptom einseitiger infektiöser Nephritis, die unter dem Bilde einer akuten Infektion einsetzt, die bretthartе Schwellung im kostovertebralen Winkel hervor. Die Behandlung besteht in Nephrektomie, nur bei Vorhandensein ganz weniger Herde kann Dekapsulation mit Drainage genügen. Ein Fall mit keilförmigen Rindeninfarkten durch Koliinfektion wird beschrieben.

Merkel (101 beobachtete bei Pyonephrose die Bildung mehrerer bis über haselnussgrosser Gebilde, die hauptsächlich aus Fibrin bestanden und wohl durch Blutungen hervorgerufen worden sind.

Paranephrale Abszesse. Harzbecker (57) teilt 32 Fälle von paranephritischen Abszessen mit, zur Hälfte durch Panaritien, Furunkeln und Karbunkeln, zur anderen Hälfte im Wochenbett, durch Pleuraempyem, Magendarmkatarrh, Trauma, Cholelithiasis, Pneumonie, Influenza, Typhus, Perimetritis, Gonorrhoe, Diabetes oder Lues entstanden. Oberflächliche Herde sind nach Einritzung der Kapsel mittelst Kornzange weit zu eröffnen, bei hochgradiger Zerstörung ist die Nephro- oder Nephrektomie auszuführen. Die Mortalität unter den operierten Fällen betrug 15,7 %.

v. Illyès (71) beobachtete bei Kranken mit Nierenkoliken, Bluthamen und massenhaften Harnsäurekristallen im Harn sklerotische Verdickungen der Nierenkapsel, nach deren Ausschälungen die Beschwerden verschwanden. Drei Fälle.

Wollin (166) beschreibt einen über dem oberen Nierenpol sitzenden perirenalen Abszess mit eitrigem Niereninfarkt im oberen Pol, durch Staphylococcus pyog. aureus und mit metastatischen Abszessen in Leber, Milz und Dickdarm, ausgehend von einer rekurrierenden Endokarditis an der Mitralklappe. Der perinephritische Abszess wurde bei der Inzision nicht aufgefunden. Exitus.

Böhm (19) beobachtete nach Influenzaanfall das neue Auffiackern eines beinahe schon ausgeheilten paranephritischen Abszesses und von hier aus wahrscheinlich auf hämatogenem Wege entstanden eine akute tödliche Myelitis.

Zinn (168) hebt bei metastatischen Nieren- und paranephritischen Abszessen als wichtigstes Symptom Druckschmerz in der Nierengegend hervor; als Erreger wurden am häufigsten Staphylokokken gefunden.

9. Nierentuberkulose.

1. Amann, J. A., Drei Fälle von Nierentuberkulose. Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 7. Juli. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1932. (Ein Fall. kompliziert mit spontaner tuberkulöser Blasenscheidenfistel.)

2. Barnett, C. E., Surgical aspect of urogenital infections with special reference to kidney tuberculosis. Ohio State Med. Journ. Bd. 7. Nr. 12.
3. Bernard, L., Hydropiginous tuberculous nephritis. Med. Press and Circ. Bd. 93. Nr. 3803. (Führt die amyloide Degeneration auf unmittelbare Wirkung der Tuberkelbazillen, nicht auf deren Toxine zurück.)
4. *Bernard, L., und M. Heitz-Boyer, Sur les résultats comparés des différents traitements de la tuberculose rénale. XVI. Reunion de l'Assoc. franç. d'urol. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 717.
5. Bevan, A. D., Tuberculosis of urinary organs. Illinois Med. Journ. Bd. 21. Nr. 3.
6. Boeckel, A., Valeur de la néphrectomie dans la tuberculose rénale. Thèse de Nancy. 1911/12. (Eingehende, umfangreiche Darstellung der pathologischen Anatomie, der Pathogenese und Behandlung der Nierentuberkulose, wobei die Tuberkulintherapie auf inoperable und postoperative Fälle beschränkt wird.)
7. *Braasch, F. W., Clinical observations from 203 patients operated on for renal tuberculosis. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 58. p. 397.
8. — Results of early diagnosis of urinary tuberculosis. Interstate Med. Journ. Bd. 19. Nr. 10.
9. *Brisset, G., Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose rénale bilatérale. Thèse de Paris. 1910/11. Nr. 410.
10. Brown, L., Tubercular kidney and ureter. New York Obst. Soc. Sitzg. vom 10. Okt. 1911. Amer. Journ. of Obst. Bd. 65. p. 301. (Linksseitige Nierentuberkulose, starke Cystitis mit Knötchen um die Harnleitermündung. Tierversuch zweifelhaft. Nephroureterektomie, Heilung.)
11. Caspari, Erreur dans l'appréciation par le cathétérisme urétéral du bassinet dilaté à propos de deux cas de néphrectomie pour tuberculose. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 555. (Irrtümliche Annahme einer Erweiterung des Nierenbeckens infolge Eindringens des Ureterkatheters in eine mit dem Nierenbecken kommunizierende Eiterkaverne.)
12. *Castaigne, Interne Behandlung bei Nierentuberkulose. Presse méd. p. 57.
13. Castaigne, M. J., Le rôle du médecin dans le traitement de la tuberculose rénale. Presse méd. Nr. 6. (Fünf Fälle, mit Tuberkulin behandelt.)
14. — Les indications respectives du traitement médical et chirurgical de la tuberculose des reins. Journ. méd. franç. 1911. Nr. 5.
15. — Le traitement spécifique de la tuberculose rénale. Journ. des pract. 1911. Nr. 21.
16. Castaigne und Gouraud, Traitement hygiéno-diététique et medicamenteux de la tuberculose rénale. Journ. méd. franç. 1911. Nr. 5.
17. — — Les corps immunisants de Spengler, leur emploi dans la lutte contre la tuberculose et en particulier contre la tuberculose rénale. Journ. méd. franç. 1911. Nr. 5.
18. Castaigne und Lelongt, Traitement de la tuberculose rénale par les tuberculines et les sérums antituberculeux. Journ. méd. franç. 1911. Nr. 5.
19. Cathelin, F., Die schmerzhaften Formen der Nierentuberkulose. La Tuberculose. 1910. Nr. 1. (Betont die Schmerzhaftigkeit nur bei gleichzeitiger Blasentuberkulose.)
20. Cautley, A tuberculous right kidney. R. Soc. of Med. Sect. of dis. of childr. Sitzg. vom 25. Okt. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 1215. (Bei 12 Monate altem Kind.)
21. *Chevassu, Der Wert der Antigenreaktion von Debré und Paraf für die schnelle Diagnose der Harntuberkulose. Presse méd. Bd. 17. p. 173.
22. *Chevassu und Legueu, Behandlung der Tuberkulose des Harnapparates. VII. Internat. Tuberkulosekongr. Rom. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1120.
23. Chevassu und Moreno, Comparaison du fonctionnement rénal avant et après la néphrectomie pour tuberculose. Revue de Gyn. et de Chir. abd. Bd. 17. Nr. 5. (Kontrolle der Nierenfunktion nach Nephrektomie durch experimentelle Polyurie und Ambards Harnstoffformel.)
24. *Chevassu und Zuckerkandl, Über die Tuberkulose des Urogenitaltraktus. X. Internat. Tuberkulosekonferenz. Rom. Med. Klinik. Bd. 8. p. 1251.
25. *Chichmanian, A., L'incontinence dans la tuberculose des voies urinaires. Thèse de Paris. 1911/12. Nr. 408.
26. Cholzow, B. N., Tuberkulose der Nieren und der Blase. Wratsch. 1911. p. 1594. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 1. p. 473. (Katheterismus der Ureteren durch die eröffnete Blase.)
27. *Constantinesco, G., L'incontinence d'urine symptomatique de la tuberculose rénale. Journ. d'Urol. Bd. 1. p. 611.
28. Dahl, S., Tuberculosis of the kidney, ureter and bladder. Chicago Med. Rec. Juli.

29. *Debré und Paraf, Valeur de la réaction de l'antigène pour le diagnostic rapide de la tuberculose urinaire. Presse méd. Nr. 17. p. 173.
30. Douglas, F. R., Tuberculosis of urinary tract. Med. Press and Circ. Bd. 92. 22. Nov.
31. Du Pasquier, Le traitement de la tuberculose rénale doit-il être médical ou chirurgical. Arch. méd.-chir. de Normandie. Nr. 2.
32. Eguchi, T., Über Nierentuberkulose. Inaug.-Diss. München. (Tuberkulöse Pyonephrose rechterseits mit Nephroptose; transperitoneale Exstirpation; Heilung.)
33. *Ekehorn, G., Om nefrektomi i fal af dubbelsidig njurtuberkulos. Upsala Läkaref. Förhandl. Bd. 18. Heft 1/2. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 329.
34. *Esch, P., Experimentelle Untersuchungen über den beschleunigten Nachweis von Tuberkelbazillen durch den Meerschweinchenversuch. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 25. p. 639.
35. Fedorow, Beginnende Nierentuberkulose. Russ. urol. Ges. Sitzg. vom 31. März 1911. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 147. (Eine ins Nierenbecken eingebrochene Kaverne.)
36. *Fenwick, E. H., Discussion on the diagnosis and treatment of urinary tuberculosis. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 855.
37. *— Urinary and genito-urinary tuberculosis. Practitioner. Bd. 90. Nr. 1.
38. — Diagnostik und Behandlung der Harntuberkulose. Lancet. 1911. Bd. 2. p. 1405. (Kystoskopie und Ureterkatheterismus.)
39. — Diagnosis and treatment of tuberculosis of urinary tract. Med. Press and Circ. Bd. 92. 22. Nov.
40. Fränkel, M., Die Röntgenstrahlen im Kampf gegen die Tuberkulose. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 458. (Führt einige Fälle von Besserung von Nieren- und Blasentuberkulose nach Röntgenbestrahlung an.)
41. Franz, Über Nierentuberkulose. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 14. Nr. 6.
42. *Frèze, P., Le traitement des tuberculoses urinaires par la tuberculine. Thèse de Paris. 1910/11. Nr. 290.
43. Furniss, H. D., Tuberculosis of the kidney. New York Obst. Soc. Sitzg. vom 10. Okt. 1911. Amer. Journ. of Obst. Bd. 65. p. 299. (Nephroureterektomie, Heilung.)
44. Gardini, Fehlen einer Niere. Gazz. degli osped. e d. clin. 1911. Nr. 118. (Rechtsseitige Nierentuberkulose bei Fehlen der linken Niere; Sektionsbefund.)
45. Guibé, M., De l'appréciation de la valeur du deuxième rein dans la tuberculose rénale en cas d'impossibilité du cathétérisme urétéral. Journ. de Chir. Bd. 8. Nr. 4. (Empfiehlt Ureterkatheterismus nach Eröffnung der Blase oder transitorische Exklusion der Niere.)
46. *Hastings, Th. W., Tuberculin therapy in surgical tuberculosis. Amer. Journ. of Med. Sciences. Bd. 144. p. 245 ff.
47. *Heitz-Boyer, M., Diagnostic rapide de la tuberculose urinaire par une nouvelle méthode (réaction de l'antigène dans les urines. Journ. d'Urol. Bd. 1. p. 71.
48. *— — Pseudoguérisons de la tuberculose rénale par le traitement conservateur. I. Néphropathies latentes de l'autre rein. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 537.
49. Herxheimer, Hochgradige einseitige Phthisis renum tuberculosa. Verein d. Ärzte Wiesbadens. Sitzg. vom 4. Sept. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 2102.
50. Heymann, A., Ein seltener Fall von Nierentuberkulose. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 473 u. Ärzteverein Düsseldorf. Sitzg. vom 9. Okt. 1911. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 344. (Linksseitige Nierentuberkulose bei doppeltem Ureter und Nierenbecken, von denen das eine nicht erkrankt war und bei dem ersten Harnleiterkatheterismus normalen Harn geliefert hatte; Entscheidung mittelst des Luysschen Segregators.)
51. *Hohlweg, Diagnose und Therapie der Nierentuberkulose. Med. Ges. Giessen. Sitzg. vom 16. Jan. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 375.
52. — Zur Diagnose und Therapie der Nierentuberkulose. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 479. (Polemik gegen Necker [78].)
53. Homburg, A., Zur Diagnose und Therapie der Nieren- und Blasentuberkulose. Inaug.-Diss. Freiburg 1911. (Übersicht über den gegenwärtigen Stand von Diagnose und Therapie.)
54. *Illyès, G. v., Über die zweiseitige Niereneröffnung bei Nierentuberkulose. Orvosi Hetilap. 1911. Nr. 53. Ref. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 779.
55. — Zweiseitige explorative Freilegung der Nieren bei Nierentuberkulose. IV. Kongr.

d. ung. Ges. f. Chir. 1911. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 468. (Bei schweren Blasenveränderungen für notwendig zur Diagnose erklärt.)
56. *Karo, Spezifische Behandlung der Nierentuberkulose. Dermat. Studien. Bd. 21.
57. *Kielleuthner, Genügt der Nachweis von Tuberkelbazillen in dem durch Ureterkatheterismus gewonnenen Harn zur Diagnose der Nierentuberkulose? Habilitationsschrift. Leipzig, J. Klinkhardt.
58. König, Nierentuberkulose. Ärztl. Verein Marburg. Sitzg. vom 9. Nov. Med. Klinik, Bd. 8. p. 2050. (Blutgefrierpunkt 0,73 °, dennoch Nephrektomie, danach $\delta = 0{,}68^{\circ}$.)
59. Kusnetzki, L. P., Larvierte Nierentuberkulose. Russ. Pirogow-Ges. Wratsch. Gaz. 1911. 6. Nov. (Erkrankung der linken Niere drei Jahre nach Exstirpation der rechten Niere wegen Tuberkulose. Tuberkulin.)
60. Lafon, P., Indications et résultats de la néphrectomie dans la tuberculose rénale. Thése de Montpellier. 1910/11. Nr. 76. (Berechnet die Operationsmortalität nach Nephrektomie bei Blasentuberkulose aus verschiedenen Statistiken auf 7,5 %.)
61. *Langes, E., Einseitige Nierentuberkulose mit Verschluss der Uretereinmündung in die Blase. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 3. p. 289.
62. *Le Clerc Dandoy, Du traitement médical de la tuberculose urinaire. Revue clin. d'Urol. Bd. 1. p. 26.
63. *Le Fur, Valeur comparée de traitement médical et chirurgical dans la tuberculose rénale. Soc. de Chir. de Paris. Sitzg. vom 12. Juli. Paris chir. Bd. 4. p. 776.
64. *Legueu und Chevassu, Traitement de la tuberculose urinaire (Tuberculine et néphrectomie). Referat zum VII. Internat. Tuberkulosekongr. Rom. Journ. d'Urol. Bd. 1. p. 823. Revue prat. des mal. des org. gén.-ur. Nr. 50.
65. *Lelongt, P., Beitrag zur Kenntnis der spezifischen Behandlung (Tuberkulin und Antituberkulosesera bei Tuberkulose) der Genitalorgane. Thèse de Paris. 1911. Nr. 284.
66. *Leroy, V., Contribution à l'étude du diagnostic précoce de la tuberculose rénale. Thèse de Paris. 1910/11. Nr. 482.
67. Leshnew, Zur Diagnostik der Nierentuberkulose. Nowoje w Med. Nr. 13. (H. Jentter.)
68. Lewis, H. D., Frühdiagnose und Behandlung der Nierentuberkulose. Amer. Journ. of Derm. and Gen.-ur. Diseases. Bd. 16. p. 34. (Vorschlag frühzeitiger Nephrektomie.)
69. *Maclaren, Tuberculosis of the bladder, ureter and kidney. Annals of Surg. Bd. 56. p. 134.
70. Marion, G., Sur la conduite à tenir dans les cas de tuberculose rénale ou toute exploration des reins est rendue impossible par l'état de la vessie. Journ. d'Urol. Bd. 1. p. 599. (Bespricht den Ureterenkatheterismus nach Eröffnung der Blase, die probatorische Freilegung und die Ureterostomie auf der gesunden Seite.)
71. *Mauclaire, M., La tuberculose rénale. Gaz. des Hôp. Bd. 85. p. 737.
72. *Mayo, W. J., Nephrectomy without drainage for tuberculous kidney. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 15. p. 523.
73. Michel, Nefrectomia per tubercolosi renale. Gaz. degli osp. e d. clin. Nr. 28.
74. Michon, Indikationen zur Nephrektomie bei Nierentuberkulose. Paris méd. 4. Mai.
75. *Mirabeau, S., Zur Tuberkulose der weiblichen Harnorgane. Bayr. Ges. f. Geb. u. Frauenheilk. Sitzg. vom 28. Jan. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 759.
76. — Nephrektomie bei weit vorgeschrittener Nierentuberkulose. Gyn. Ges. München. Sitzg. vom 16. März 1911. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 241. (Mit sekundärer Blasen- und Uretertuberkulose.)
77. *Mucharinnski, Diagnostik und Behandlung der Tuberkulose des Harnapparates. Wratsch. Gaz. 8. Jan. Ref. Zeitschr. f. Urol. Bd. 1. p. 734.
77a. — Zur spezifischen Diagnostik und Therapie der Urogenitaltuberkulose. Wratsch. Gaz. Nr. 1. Sitzg. d. XI. Kongr. russ. Chir. (H. Jentter.)
78. *Mysch, Diagnostik und Behandlung der Nierentuberkulose. Wratsch. Gaz. 8. April. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 1. p. 829.
78a. — Diagnostik und Therapie der Nierentuberkulose. Wratsch. Gaz. Nr. 14. Sitzungsber. d. Ges. prakt. Ärzte zu Tomsk. (H. Jentter.)
79. Necker, F., Zur Diagnose und Therapie der Nierentuberkulose. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 311. (Bekämpfung der Deutung eines von Hohlweg (52) mitgeteilten Falles als definitive Heilwirkung nach Tuberkulinbehandlung.)
80. Oppel, Nierentuberkulose. Russ. urol. Ges. Sitzg. vom 1. Dez. 1911. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 658. (Im Anfangsstadium — kleine Kaverne und einzelne Tuberkel-

knötchen — exstirpiert; die Operation war wegen Nierenkoliken mit der Diagnose auf Nierensteine ausgeführt worden.)
81. *Orth, Demonstrationen aus der Nierenpathologie. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 8. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1065 u. Deutsche path. Ges. XV. Tagung. Strassburg. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 1062.
82. Ostermann, Tuberkulös erweiterte Niere. Ärztl. Verein Essen-Ruhr. Sitzg. vom 26. März. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 1158.
83. Packard, M., Diagnosis and treatment of kidney tuberculosis. Amer. Med. Bd. 7. p. 67.
84. *Pedersen, J., Two cases of renovesical tuberculosis treated with the bacillus emulsion. New York Med. Journ. 1911. 25. Febr.
85. Penkert, Beginnende Nierentuberkulose. Ärztl. Verein Halle. Sitzg. vom 30. Okt. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2892. (Nierenblutungen; vereinzelte Tuberkel im Nierenbecken. Exstirpation. Heilung.)
86. *Perichon, H., De la néphrectomie dans la tuberculose rénale bilatérale. Thèse de Lyon. 1911/12. Nr. 19.
87. Perrier, Ch., Note sur un cas de tuberculose rénale unilatérale sans aucun signe clinique de localisation; diagnostique cystoscopique. Rev. méd. de la Suisse Rom. Nr. 2. (Nur Blutgehalt des Harns; positive Phloridzinprobe und niedriger Harngefrierpunkt. Nephrektomie. Heilung.)
88. Perthes, Nierentuberkulose. Med.-naturwiss. Verein Tübingen. Sitzg. vom 29. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1934.
89. *Pietkiewicz, M., Zehn Fälle von Tuberkulose der Harnorgane bei Frauen. Gaz. Lek. 1910. Nr. 5 ff.
90. *Pilcher, P. M., Observations on the diagnosis of renal tuberculosis, the indications for nephrectomy in its treatment and the technic of operation. Annals of Surg. Bd. 56. p. 292.
91. Pillet, Des pyonéphroses tuberculeuses; sept. cas opérés et suivis de un à cinq ans; neuf cas inopérables. Soc. de méd. de Rouen. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 591. (Verwerfung der internen Behandlung, verlangt frühzeitige Nephrektomie.)
92. *Puech, R., Contribution à l'étude du diagnostic précoce de la tuberculose rénale. Thèse de Montpellier. 1910/11. Nr. 115.
93. Puricelli, Tuberculosi renale bilaterale e nefrectomia. Gazz. degli osp. e d. clin. Nr. 81. (Besserung nach Exstirpation der schwerer erkrankten Niere in zwei Fällen.)
94. *Rafin, L'asepsie et l'infection des urines tuberculeuses. Journ. d'Urol. Bd. 1. p. 777.
95. *— Mode de début de la tuberculose rénale. Journ. d'Urol. méd. et chir. Bd. 1. p. 779.
96. *— Durée de l'évolution de la tuberculose rénale non opérée et causes de la mort. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 517.
96a. Reinhart, Über Tumoren der Niere. Verein d. Ärzte Wiesbadens. Sitzg. vom 4. Sept. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 2102. (Operation einer einseitigen Nierentuberkulose mit starker Toxinschädigung der anderen Niere; Heilung.)
97. *Ritter, Nierenerkrankungen bei Tuberkulose. VII. Jahresvers. d. Vereinig. d. Lungenheilanstaltsärzte. Hamburg. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1515.
98. Robbins, F. W., Kidney tuberculosis. Journ. of Michigan State Med. Soc. Bd. 11. Nr. 2.
99. Rochet, Néphrectomie pour tuberculose rénale; envahissement ultérieur du rein laissé en place. Progrès méd. Nr. 5. (Die Erkrankung der zweiten Niere zeigte sich wenige Monate nach der Nephrektomie.)
99a. Rochet, V., und L. Thévenot, Tuberculose rénale bilatérale et néphrectomie. Lyon chir. Bd. 7. p. 509.
100. *Roepke, O., Der gegenwärtige Stand der Tuberkulosediagnostik. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 509.
101. *Rovsing, Th., The diagnosis of tuberculosis of the kidney in very early and very advanced cases. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 59. p. 2228 u. Amer. Med. Assoc. 63. Jahresvers. Sect. f. Harnpathologie. New York Med. Journ. Bd. 95. p. 1229.
102. — Tuberculosis of the kidney. Annals of Surg. Bd. 56. p. 521.
103. *Schlagintweit, F., Technik der Diagnose, Operation und Harnleiterbehandlung bei Nierentuberkulose. München, J. F. Lehmann.
104. Schloffer, Nierenexstirpation wegen Tuberkulose. Verein deutscher Ärzte Prag. Sitzg. vom 15. März. Prager med. Wochenschr. Bd. 37. p. 199. (Fast vollständige

Zerstörung der Niere mit ausgedehnten paranephralen Abszessen. In der Diskussion teilt Hock einen Fall von Ureterostomie wegen vollständiger Anurie mit. nachdem die andere Niere wegen Tuberkulose früher exstirpiert worden war.)
105. Schneider, C., Die Tuberkulose der Nieren und Harnorgane. Würzburger Abhandl. aus der ges. Geb. d. prakt. Med. Bd. 12. Heft 12. (Übersichtliche Darstellung.)
105a. Siew, B., Aszendierende Nierentuberkulose. Inaug.-Diss. Zürich 1910. (Sammelt aus der Literatur eine Anzahl von Fällen, welche die wenn auch seltene Möglichkeit einer aszendierenden Nierentuberkulose beweisen, entweder von den männlichen Genitalien aus oder unter Vermittelung der Blase.)
106. De Smeth, J., Tuberkulinbehandlung der Harntuberkulose. Versl. van de Nederl Verein. v. Urol. 1911. (Sieben Fälle, Besserung.)
107. *Söderlund, G., Zur Frage der Röntgendiagnostik der Nierentuberkulose. Fol. urol. Bd. 7. p. 75.
108. Stoeckel, W., Kongenitaler Ureterverschluss mit Nierentuberkulose. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 11. Nov. 1911. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 482. (Dreifache Vergrösserung der rechten. vollständig tuberkulösen Niere mit vollständig obliteriertem Ureter; Lungen- und Peritonealtuberkulose, paranephritischer Abszess. Exitus, Sektionsbefund.)
109. *Sugimura, S., Experimente über den Ausbreitungsmodus der Tuberkulose in Harn- und männlichen Geschlechtsorganen. Arb. auf d. Geb. d. path. Anat. u. Bakt. aus d. path. Inst. zu Tübingen. Bd. 8.
110. *Suter, F., Über die Dauerresultate von 60 Nephrektomien wegen Nierentuberkulose. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2437 u. Med. Ges. Basel. Sitzg. vom 23. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1815.
112. Swan, R. H. J., The diagnosis and treatment of urinary tuberculosis. Lancet. Bd. 1. p. 55. (Befürwortet die Nephrektomie bei feststehender Diagnose einseitiger Nierentuberkulose.)
113. Townsend, W. W., Renal tuberculosis. Vermont Med. Monthly. Bd. 17. Nr. 12.
114. *Fracy, S. E., Nephro-ureterectomy in tuberculosis of kidney. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 15. Nr. 4.
115. *Uteau, Bassal und Azéma, Sur une forme oedémateuse de périurétérité chronique d'origine tuberculeuse. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 413.
116. *Vignard, P., und L. Thévenot, La tuberculose rénale chez l'enfant. Journ. d'Urol. Bd. 1. p. 323.
117. *Waldschmidt, M., Zur Tuberkulose der Nieren. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 1832.
118. West, S., The diagnosis and treatment of urinary tuberculosis. Lancet. Bd. 1. p. 54. (Hält die doppelseitige Erkrankung für häufiger als gewöhnlich angenommen wird.)
119. *Whiteside, G. S., The use of tuberculin in the treatment of surgical urogenital tuberculosis. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 59. p. 2232.
120. *Wildbolz, H., Die Endresultate operativer und nicht operativer Behandlung der Nierentuberkulose. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 116.
121. — Die Tuberkulose der Harnorgane. Halle, C. Marhold. (Übersichtliche, kurze Darstellung der Pathogenese, Diagnostik und Therapie.)
122. *Willems, Le premier cas de déviation urinaire ou exclusion de la vessie pour tuberculose, suite de l'opération. Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique. 1911. Nr. 4.
123. Woodruff, J. H., Tuberculosis of kidney, with report of one case. Vermont Med. Monthly. Bd. 18. Nr. 8.
124. *Wortman, J. L. C., Die Heilung der Nierentuberkulose. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. p. 1189.
125. *Zuckerkandl, O., Die Diagnose der Nierentuberkulose und ihre Bedeutung für die Frühoperation. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. Nr. 14.

Pathologie der Nierentuberkulose. Sugimura (109) bestätigt durch Experimente die Verbreitung der Harntuberkulose auf dem Wege des Sekretstroms und schreibt der lymphogenen Verbreitung gegenüber der durch Sekretinfektion nur sekundäre Bedeutung zu. besonders wird eine Ausbreitung der Blasentuberkulose nach dem Nierenbecken auf dem Lymphwege abgelehnt, ebenso eine aszendierende Tuberkulose. Bei genügender Virulenz können die Tuberkelbazillen in das unverletzte Schleimhautepithel eindringen.

Orth (81) betont die Verengerung und selbst den Verschluss der Gefässe bei Nierentuberkulose, so dass keilförmige Infarkte der Rinde entstehen. Bei disseminierter Miliar-

tuberkulose kann es zur Gefässverengerung durch Eindringen der Bazillen und Tuberkelbildung kommen. Endlich tritt bei disseminierter Miliartuberkulose eine Atrophie der Harnkanälchen auf, wobei auch ein Einfluss der Tuberkeltoxine möglich ist.

Schlagintweit (103) erklärt die anfänglich langdauernde Einseitigkeit der Nierentuberkulose durch die in der kranken und reflektorisch in der noch gesunden Niere erzeugten Antitoxine, deren Produktion später erlahmt, so dass dann auch die Schwesterniere erkrankt. Bei der Exstirpation empfiehlt er den temporär verschlossenen Ureter einzunähen und vorstehen zu lassen und bei der Nachbehandlung elektrolytisch zu zerstören. Unter 33 Nephrektomien wurden drei nach der Operation und eine durch Ferntodesfall verloren, dagegen bei acht vollständige, bazillenfreie Heilung, bei 11 wesentliche und bei acht einfache Besserung erzielt.

Mauclaire (71) erklärt bei Nierentuberkulose die lymphogene Infektion für selten und die aszendierende für möglich. Die Symptome können sehr verschieden sein, besonders kann bei anscheinender blühender Gesundheit und guter Ernährung Nierentuberkulose bestehen. Die konservative, hygienische Behandlung führt nicht zur Heilung, dagegen ist sie zur allgemeinen Hebung des Gesundheitszustandes wichtig. Die Nephrektomie kann durch innige Adhärenzen an die Umgebung unmöglich werden.

Mirabeau (75) sieht das Überwiegen der Harntuberkulose beim Weibe begründet durch die Hemmungen des Harnabflusses von seiten der Genitalien und die durch physiologische und pathologische Prozesse bewirkte Nierenschädigung. Die Harntuberkulose ist überwiegend eine deszendierende. Unter den diagnostischen Methoden werden die Tuberkulinreaktion des Tierexperiments hervorgehoben, sowie die durch Kystoskopie oder Palpation nachzuweisenden Veränderungen an den Ureteren. Die Nierenexstirpation führt auch bei Schrumpfblase in den allermeisten Fällen mindestens zur Besserung, häufig zur Ausheilung der Blasentuberkulose. In der Diskussion hebt Mirabeau weiter hervor, dass der Befund von Tuberkelbazillen im Harn bei gleichzeitigem Befund von Erythro- und Leukozyten für Nierentuberkulose spricht, während Vorhandensein von Tuberkelbazillen allein auch sonst bei Tuberkulösen vorkommt.

Waldschmidt (117) führt an der Hand eines grossen Sektionsmaterials den Beweis, dass eine tuberkulöse Herderkrankung einer Niere von einem primären Krankheitsherd im Organismus aus im Verhältnis zur grossen Zahl der sezierten Tuberkulosefälle sehr selten ist, ferner dass die Nierentuberkulose zuerst einseitig ist und die zweite Niere erst erkrankt, wenn die erste mehr oder weniger weitgehend zerstört ist. Anhaltspunkte für aufsteigende Infektion liessen sich in keinem Falle finden. Ein Fall von Spontanheilung mit Erlöschen des tuberkulösen Prozesses wurde ebenfalls nicht beobachtet, dagegen vier Fälle von Ureterverschluss bei vollständiger Zerstörung der Niere (ein solcher klinisch beobachteter Fall wird mitgeteilt). Mit Spontanheilung oder Heilung durch Tuberkulinbehandlung darf daher nicht gerechnet werden. Dagegen kann vorübergehende Besserung und Verschwinden der Blasenbeschwerden eintreten, woraus aber auf Heilung nicht geschlossen werden darf.

Vignard und Thévenot (116) betonen die Häufigkeit der Nierentuberkulose im Kindesalter; die Erkrankung ist auch primär einseitig und häufiger rechts und die Infektion erfolgt auf hämatogenem Wege. Erkrankungen der Blase sind sekundär. Als häufiges besonderes Symptom wird die Inkontinenz hervorgehoben. Zur Diagnose ist auch hier wenn möglich der Ureterkatheterismus zu verwenden. Als besonders häufige Komplikation werden perirenale Abszesse genannt. Auch hier wird die Therapie von der Nephrektomie beherrscht, welche 16 % Todesfälle ergibt.

Uteau, Bassal und Azéma (115) beschreiben ein periureterales Ödem des fibrolipomatösen Gewebes, das auf eine auf mechanischem Wege bewirkte Knickung des Harnleiters (bei Nierentuberkulose) zurückgeführt wird.

Rafin (94) fand unter 239 Fällen von Harntuberkulose bei 29,6 % den Harn auch mit anderen Mikroorganismen infiziert, am häufigsten mit Staphylokokken, in einzelnen Fällen mit Kolibazillen, Strepto- und Pneumokokken und Tetragonus. Diese Infektion ist fast ausnahmslos exogenen Ursprungs und meist durch Katheterismus oder Gonorrhoe bewirkt.

Diagnostik. Kielleuthner (57) betont die Möglichkeit einer Ausscheidung von Tuberkelbazillen mit dem Harn ohne Erkrankung der Nieren, so dass ein Vorhandensein von Tuberkelbazillen, mit der stets eine, wenn auch geringe Albuminurie verbunden ist, für eine wirkliche Nierentuberkulose nicht beweisend ist. Zum Nachweis des Vorhandenseins von Tuberkelbazillen ist nur der Tierversuch massgebend, die mikroskopische Untersuchung des Harns allein ist nicht genügend. Albuminurie, Hämaturie und positiver Bazillenfund kann wohl eine beginnende Nierentuberkulose anzeigen, spricht aber nicht unter allen Um-

ständen für eine solche, sondern zur Diagnose gehören ausser dem positiven Bazillennachweis die Gegenwart von Leukozyten und Erythrozyten, also die Zeichen eines destruktiven Prozesses.

Ritter (97) fand unter fast 7400 Tuberkulösen 112 mal Albuminurie, aber nur sechsmal Tuberkelbazillen im Harn und hält dies schon für Zeichen von Nierentuberkulose, wenn sie auch klinisch sehr geringe Erscheinungen macht.

Chevassu (21) erklärt die Komplementablenkung des Harns als diagnostisches Mittel für die Erkennung der Harntuberkulose, das in 90 % der Fälle ein zuverlässiges Resultat ergab.

Debré und Paraf (29) versuchten die Diagnose der Nierentuberkulose durch den Nachweis des Antigens mittelst Komplementablenkung zu erbringen. Die teils durch Nephrektomie, teils durch Tierimpfung kontrollierten Fälle ergaben eine weitgehende Sicherheit dieser Reaktion, indem in 44 Fällen nur einmal die Probe versagte und zweimal unsicher blieb.

Esch (34) sucht den Tierinfektionsversuch dadurch zu beschleunigen, dass er nach Impfung entweder nach Bloch oder nach Oppenheimer, oder auch nach intrakardialer Impfung die Tuberkulosereaktion nach intrakutaner Tuberkulininjektion prüfte, welche weitaus sicherere Resultate ergibt als die subkutane Injektion und eine beginnende Tuberkuloseinjektion erkennen lässt.

Heitz-Boyer (47) prüfte die Antigenmethode von Debré und Paraf an 43 Fällen; von den 25 Fällen von positiver Reaktion konnten 23 als Tuberkulosefälle nachgewiesen, zwei konnten nicht geprüft werden. Von den 18 Fällen mit negativem Resultat waren 17 nicht tuberkulös, nur in einem Falle hat die Reaktion versagt.

Mucharinnski (77) empfiehlt die Impfung des Denysschen Tuberkulins zum Nachweis der Harntuberkulose.

Roepke (100) hebt bei der übersichtlichen Besprechung der Diagnostik der Nierentuberkulose den Wert der subkutanen Tuberkulinprobe hervor, welche in einem grossen Prozentsatz von Fällen ausgeprägte Herdreaktionen, Nierenschmerzen, Abgang von Blut und Fetzen hervorruft, die Steine, Tumoren und Pyonephrose ausschliessen lassen und die topische Diagnose ermöglichen.

Hohlweg (51) erklärt die v. Pirquetsche und die Calmettesche Reaktion, sowie die Alttuberkulininjektion für die Diagnose der Nierentuberkulose für unzulänglich und betont die Notwendigkeit von Kystoskopie, Ureterkatheterismus und Bakteriennachweis.

Zuckerkandl (125) betont, dass jede Cystitis und Pyurie bei jugendlichen Individuen und jede Nierenblutung bei vorher Gesunden den Verdacht der Nierentuberkulose erweckt und sobald als möglich der kystoskopischen Untersuchung zu unterwerfen ist. Miliare Knötchen der Blasenschleimhaut beweisen durch ihre Lokalisation an den Harnleitermündungen eine Nierentuberkulose, ebenso Verlagerung und Missgestaltung der Ureterpapille. Die tuberkulöse Cystitis ist im Anfang stets basal und einseitig. Von 104 Nephrektomierten wurden 45 vollkommen geheilt, 7 starben an der Operation und ihren Folgen, 8 im ersten Jahre (grösstenteils an Lungentuberkulose und Meningitis), 5 nach einem Jahre. Die übrigen, welche besonders schwere Blasenveränderungen aufwiesen, wurden gebessert.

Rovsing (102) macht darauf aufmerksam, dass im Initialstadium der Nierentuberkulose nicht immer Albuminurie besteht, sondern dass diese intermittierend sein und ganz fehlen kann Bei Pyurie muss immer Nierentuberkulose angenommen werden, wenn der Harn keine Bakterien enthält. Die Kystoskopie allein ist unzuverlässig, weil die Uretermündungen frei von Erkrankung sein können. Die Harnsegregation ist zu verwerfen und der Ureterkatheterismus unentbehrlich. Von anderen diagnostischen Mitteln ist die beiderseitige Freilegung der Niere nützlich und ungefährlich. Für die funktionelle Prüfung wird die Harnstoffbestimmung im getrennten Nierenharn als zuverlässig empfohlen und ist den anderen Methoden vorzuziehen. Die interne Behandlung bei frühzeitiger Nierentuberkulose wird verworfen. Unter 145 Nephrektomien hatte Rovsing nur mehr sieben Todesfälle. Für die Behandlung der nach der Operation weiter bestehenden Blasentuberkulose empfiehlt er seine Phenolbehandlung. Bei sehr vorgeschrittenen Fällen führte er die Exstirpation der erkrankten Niere und auf der anderen Seite die Ureterostomie aus, bei doppelseitiger Erkrankung ebenfalls die Ureterostomie, um die Schmerzen zu beseitigen. Den Ureter pflanzt Rovsing in die Haut ein.

Chichmanian (25) erkennt die Inkontinenz bei Nierentuberkulose als ein initiales Symptom der Nierenerkrankung an, in der Mehrzahl der Fälle ist sie aber ein Symptom der sekundären Infektion der Blase.

Constantinesco (27) beobachtete bei Nierentuberkulose in sechs Fällen nächtliche Inkontinenz und zwar in zwei Fällen als erstes Krankheitssymptom; sie kann bei noch vollständig gesunder Blase vorkommen und ist dann als rein reflektorisch von der Niere ausgehend zu deuten.

Leroy (66) erwähnt als Frühsymptome ausser den Blasenerscheinungen die Pollakiurie, besonders nachts, die sich bis zu einer Pseudoinkontinenz steigern kann. Von objektiven Frühsymptomen werden der Nachweis schmerzhafter Punkte in der Nieren- und Uretergegend, die Blasenbefunde und die Befunde der bakteriologischen und chemischen Harnuntersuchung hervorgehoben. 10 Fälle werden mitgeteilt.

Pietkiewicz (89) beobachtete bei Nierentuberkulose häufigen Beginn der Erkrankung während oder unmittelbar nach einer Schwangerschaft und fieberhaften Verlauf bei jungen Personen ohne Tendenz zu rascher Ausbreitung. Albuminurie und Zylindrurie auf der anderen Seite geben keine Kontraindikation gegen Nierenexstirpation.

Puech (92) erklärt die Blasenerscheinungen als häufigstes Frühsymptom der Nierentuberkulose, in einigen Fällen sind Albuminurie, Hämaturie und Polyurie die ersten Symptome. Der Nachweis der Tuberkelbazillen und der Tierversuch sind nur bei bestehender Pyurie in positivem Sinne beweisend. Notwendig ist die Untersuchung des getrennten Nierenharns und die Kystoskopie. Von den Funktionsprüfungen werden besonders die experimentelle Polyurie und die Phloridzinprobe hervorgehoben.

Rafin (95) fand in 61,87 % der an Nierentuberkulose Erkrankten als erstes Symptom die Blasenbeschwerden. In über 80 % der Fälle verursacht die Niere keine Initialsymptome. In 5 bzw. 2,5 % war Hämaturie oder Harntrübung das erste Symptom, in 2,5 % allgemeine Schwäche. Das Allgemeinbefinden kann bei weit vorgeschrittener Nierentuberkulose noch ein gutes sein.

Fenwick (36) macht ausser auf die kystoskopische Diagnose bei Frauen auf die Abtastbarkeit des verdickten Ureters von der Scheide aus aufmerksam. Bei der Nephrektomie soll der Ureter, wenn er erkrankt ist, reseziert werden. Zur Behandlung der Blasentuberkulose wird Tuberkulin empfohlen.

In der Diskussion betont Fullerton das Vorkommen, wenn auch selten, einer primären Blasentuberkulose. Deanesly befürwortet die lumbale Freilegung der anderen Niere vor der Nephrektomie. White hebt die Steinbildung in den Nieren als disponierend für Tuberkuloseinfektion hervor und empfiehlt für manche Fälle die interne, konservative Behandlung, welche von Mursell als erfolglos bezeichnet wird. Child bezeichnet die Drainage nach Nierenexstirpation für gefährlich, weil sie zu Fistelbildung führt.

Pilcher (90) legt für die Diagnose der Nierentuberkulose den Hauptwert auf die Kystoskopie, ausserdem auf die Röntgendurchleuchtung und führt in zweifelhaften Fällen die probatorische Freilegung der Nieren aus. Die Operation kann auch bei doppelseitiger Erkrankung als letztes Hilfsmittel notwendig werden. Zur Exstirpation benützt er einen senkrechten, von der 11. Rippe beginnenden Schnitt am äusseren Rande des Erector trunci, der in der Höhe des dritten Lendenwirbels schräg nach aussen umbiegt. Die Gefässe werden vom Ureter getrennt unterbunden und in den Ureter reine Karbolsäure injiziert; die Wunde wird geschlossen und ein Drain eingelegt.

Nach Söderlund (107) kommt die Röntgendiagnose der Nierentuberkulose besonders bei der sog. Kittniere in Frage, die allein ein charakteristisches Röntgenbild gibt. Von besonderem Wert ist sie zum Nachweis der erkrankten Seite, wenn wegen schwerer Blasenveränderung der Ureterkatheterismus unmöglich ist.

v. Illyès (54) schlägt bei Versagen der gewöhnlichen und der funktionellen Methoden die beiderseitige lumbale Blosslegung der Niere vor mit eventueller Exstirpation der schwerer erkrankten Niere.

Therapie. Bernard und Heitz-Boyer (4) berechnen die Operationsmortalität der Nephrektomie bei Nierentuberkulose auf 1—6, die Fernmortalität auf 15 % und die Zahl der vollständigen Heilungen auf etwa 50 %. Eine Spontanheilung ist nicht zu erwarten und die Tuberkulinbehandlung vermag zwar das Allgemeinbefinden günstig zu beeinflussen, nicht aber eine wirkliche Heilung des lokalen Herdes herbeizuführen. In Anbetracht der dauernden Gefährdung des Organismus, besonders der anderen Niere, durch eine tuberkulöse Niere, so ist die Nephrektomie da, wo sie möglich ist, auszuführen, sobald die Diagnose gesichert ist.

In der Diskussion traten vor allen Legueu, Cathelin, Pasteau, Marion, Hogge, Rafin, Pousson, Chevassu, Vincent, E. Franck, Desnos, Brongersma, Delbet u. a. für die operative Behandlung ein, während Castaigne von der Tuberkulinbehandlung,

sogar bei inoperabler Nierentuberkulose definitive Heilungen gesehen haben will und Le Fur, Kersmackers, Le Clerc-Dandoy, Pechère, Gauthner und Lavenant die Tuberkulinbehandlung verteidigen.

Suter (110) teilt 60 Fälle von Nierentuberkulose mit, von denen 53 allein mit Blasenbeschwerden begannen, nur sieben begannen mit Nierenschmerzen oder wurden zufällig, ohne Symptome gemacht zu haben, erkannt. Der Luyssche Separator wurde für manche Fälle wertvoll gefunden, jedoch sind die Resultate nur verwertbar, wenn sie ganz zweifellos sind. Ein Fall starb an der Operation, vier später = 8 % Gesamtmortalität. Von 50 seit längerer Zeit Operierten wurden 56 % vollständig geheilt, 34 % gebessert; in den letzteren Fällen handelt es sich um Blasentuberkulose, welche die Prognose wesentlich beeinflusst. Der Prozentsatz der Geheilten ist besonders bei den Frauen gross, von welchen fünf konzipierten und gebaren; eine an Blasentuberkulose Leidende starb jedoch im Anschluss an die Geburt. Am häufigsten fanden sich käsige Infiltrate, seltener Ulzerationen an den Papillen; in 16 Fällen war die Niere vollständig zerstört. In zwei Fällen wurde wegen intensiver Verwachsungen die Nephrotomie und später die sekundäre Nephrektomie ausgeführt. Die Erfahrungen mit der Tuberkulinbehandlung waren schlechte.

Rafin (96) berechnet die durchschnittliche Dauer bei nicht operierter Nierentuberkulose auf 4½—4¾ Jahre (bei Frauen erheblich länger als bei Männern), am längsten bei sog. Spontanausschaltung der Niere. Die Todesursache war in 17.5 % allgemeine Tuberkulose, in 20 % Lungen- und Kehlkopftuberkulose, in 8 % Meningitis, im ganzen in 94 % der tuberkulöse Prozess an sich.

Braasch (7) berechnet bei Nephrektomien wegen Nierentuberkulose, die vor länger als einem Jahre gemacht worden sind, 18 % Todesfälle überhaupt innerhalb fünf Jahren nach der Operation. Von den übrigen 82 % zeigen 69 % eine erhebliche Besserung oder Heilung der Blasenbeschwerden. Die Entfernung des Harnleiters hatte keinen Einfluss auf die Wundheilung.

Wildbolz (120) stellte durch Umfrage fest, dass Nierentuberkulose durch konservative Behandlung in der Regel nicht zu heilen ist, dass dagegen von 125 Nephrektomierten 60.8 % geheilt wurden. Daher ist möglichst frühzeitige Operation notwendig.

Chevassu und Legueu (22) erklären sich bei Nierentuberkulose für die operative und gegen interne Behandlung, ebenso (Diskussion) Carle und Zuckerkandl; Alessandri, Guidone und Gianuzzi geben die Möglichkeit einer primären Blasentuberkulose zu.

Tracy (114) empfiehlt bei Nephrektomie wegen Nierentuberkulose stets auch die Mitexstirpation des Ureters, und zwar soll bei Frauen zuerst der Ureter von der Scheide aus freigelegt und durchtrennt und dann die Niere auf lumbalem Wege exstirpiert werden.

Mayo (72) empfiehlt bei Exstirpation tuberkulöser Nieren eine genügend grosse Inzision und verwirft bei unreiner Operation die Drainage. In den Ureter injiziert er Phenol.

Heitz-Boyer (48) beweist an zwei Fällen von scheinbarer Heilung einer Nierentuberkulose durch Exklusion des tuberkulösen Herdes, dass diese „Heilung" nur eine trügerische ist und die andere Niere durch das Verbleiben des primär erkrankten Organs infiziert werden und in schleichender Weise erkranken kann.

Langes (61) führt in einem Falle von gänzlicher tuberkulöser Zerstörung des Nierengewebes den eingetretenen Verschluss der Blasenmündung des Ureters auf einen chronisch-entzündlichen, wahrscheinlich tuberkulösen Prozess und auf Kompression des funktionslosen Ureters durch die Blasenmuskulatur zurück.

Holzbach (c. 6. 28) erklärt Nierentuberkulose und essentielle Nierenblutungen als Indikationen zur Unterbrechung der Schwangerschaft.

Brisset (9) befürwortet auch bei doppelseitiger Nierentuberkulose die Exstirpation der schwerer erkrankten Niere, wenn die Funktion der leichter erkrankten Niere befriedigend ist und der Allgemeinzustand die Operation zulässt. Wenn dies nicht der Fall ist, so kann die Nephrotomie Erleichterung schaffen; die Dekapsulation kann besonders bei heftigen Schmerzen infolge von Perinephritis angezeigt sein. Eine Spontanheilung der Nierentuberkulose wird geleugnet, jedoch der allgemeinen, inneren und der Tuberkulinbehandlung ein bessernder Einfluss in vielen Fällen zugeschrieben.

Ekehorn (33) entfernte in sechs Fällen die primär tuberkulöse Niere auch bei Erkrankung der anderen Niere mit wesentlicher Besserung in sechs Fällen. Die beiden Nieren müssen probatorisch freigelegt werden.

Perichon (86) befürwortet bei doppelseitiger Nierentuberkulose die Nephrektomie nur, wenn eine Niere schwer, die andere leicht erkrankt ist. Bei gleich schwerer und bei gleich leichter Erkrankung beider Nieren ist die Operation kontraindiziert. 14 Fälle.

Rochet und Thévenot (99a) befürworten bei einseitiger schwerer und andersseitiger leichter Nierentuberkulose die Exstirpation der schwerer erkrankten Niere, durch die unter 13 Operierten sechs erheblich für längere Zeit gebessert wurden. Bei leichter Erkrankung beider Nieren soll intern behandelt werden.

Willems (122) führte bei hochgradiger Blasentuberkulose die Exstirpation der schwer erkrankten rechten Niere, dann zur Ausschaltung der Blase links die Nephrostomie aus. Die Blasenbeschwerden schwanden vollständig und 15 Monate später fand sich bei der Sektion — Exitus an der Tuberkulose der anderen Niere — die Blase vollständig geschrumpft und unter Heilung der alten Fisteln in schwartiges Gewebe umgewandelt.

Karo (56) verteidigt neuerdings die Tuberkulinbehandlung der Nierentuberkulose und bekämpft den Satz, dass eine tuberkulöse Niere eine stete Gefahr für die andere Niere sei und dass eine Tuberkulinbehandlung einen gefährlichen Zeitverlust für die Heilung durch Exstirpation bedeute. Dies gilt nur für eine tuberkulöse Niere mit destruktiven eitrigen Prozessen. Es werden verschiedene Fälle von Heilung durch Tuberkulinbehandlung angeführt und die Nierenexstirpation nur dann für berechtigt erklärt, wenn die Tuberkulinbehandlung vergeblich war und das Allgemeinbefinden die Operation erfordert. Schliesslich wird die Kombination von Tuberkulin mit Chininum lacticum (Tuberkinin) empfohlen und eine Kombination mit Atoxyl, Guajakol, Lezithin und Kreosot erwähnt.

Lelongt (65) tritt für die Tuberkulinbehandlung der Harntuberkulose ein und sieht ihren Nutzen vor allem in Verbesserung des Allgemeinbefindens, dann aber auch in Besserung der lokalen Erscheinungen, der Dysurie und den Harnblutungen; endlich will er auch Verringerung und selbst Verschwinden der Tuberkelbazillen beobachtet haben. Als Indikationen werden aufgestellt: Blasentuberkulose, doppelseitige Nierenerkrankung, beginnende einseitige Tuberkulose und Rezidive nach Exstirpation einer Niere. Dagegen ist bei schwerer einseitiger Erkrankung, bei Komplikation mit Steinen, perinephritischen Eiterungen, bei renaler Retention und Pyonephrose die Nephrektomie indiziert. Besonders soll bei schweren Störungen des Allgemeinbefindens sofort die Tuberkulinbehandlung begonnen werden, welche mit der sonstigen Behandlung in keiner Weise kollidiert.

Castaigne (12) hat selbst in vorgeschrittenen Fällen von Nierentuberkulose von der Tuberkulinbehandlung günstige Erfolge gesehen.

Chevassu und Zuckerkandl (24) geben eine Besserung der Nierentuberkulose durch innere Behandlung zu, eine Heilung kann aber nur durch Nierenexstirpation erreicht werden.

Whiteside (119) hebt für initiale Fälle die gute Wirkung der Tuberkulinbehandlung hervor. In der Diskussion bestätigt Belfield für manche Fälle die günstige Wirkung des Tuberkulins.

Hastings (46) empfiehlt die Tuberkulinbehandlung der Nierentuberkulose und stellt 31 Fälle zusammen mit einem Todesfall und vielen Fällen von jahrelanger Besserung.

Frèze (42) betont, dass die Möglichkeit der Spontanheilung bei Nierentuberkulose nicht erwiesen ist, glaubt aber, dass in Anfangsfällen die Tuberkulinbehandlung bessernd einwirkt, und wenn sie versagt, die Aussichten einer nun vorzunehmenden Nephrektomie nicht verschlechtert.

Fenwick (37) befürwortet für ganz frühe Fälle von Blasentuberkulose ohne ausgesprochene Nierensymptome eine Tuberkulinbehandlung, obwohl er hierbei die Heilung nur als eine scheinbare bezeichnet. Bei der Frau sind die Symptome im ganzen leichter und es besteht weniger Neigung zu Destruktion, auch sind die Resultate der Nephrektomie günstiger als beim Manne.

Pedersen (84) erzielte in zwei Fällen mit Tuberkulinbehandlung Beseitigung der Dysurie und Hebung des Allgemeinbefindens.

Mysch (78) empfiehlt im Anfang konservative Behandlung, bei Erkrankung der Blase die Nephrektomie, bei Fortdauer der Blasentuberkulose nach Nephrektomie die Eröffnung und Drainage, eventuell die Exstirpation der Blase.

Maclaren (69) lässt nur im frühesten Anfangsstadium bei Kindern die innere Behandlung zu und dringt im übrigen auf die Nierenexstirpation. Geschwürige Blasen, in denen die Harnleitermündungen nicht sichtbar sind, sollen vorher mit Silbernitratspülungen (1 ‰) behandelt werden. Bei $-0{,}60^{0}$ Blutgefrierpunkt exstirpiert er die Niere nicht, sondern macht die Nephrotomie. Bei der Exstirpation wird der Harnleiter mit 20 Tropfen reiner Karbolsäure injiziert, dann unterbunden und versenkt.

Le Fur (63) hebt die Berechtigung der Tuberkulinbehandlung hervor, indem er zwar bei 22 Nephrektomien keinen Todesfall, aber bei 70 intern behandelten Fällen nur zwei Todesfälle beobachtet hat. Als Indikationen für die spezifische Behandlung werden Blasen-

tuberkulose und Nierenschmerzen, besonders aber die Vorstadien der Tuberkulose (Albuminurie und Zylindrurie) aufgestellt.

Le Clerc Dandoy (62) hat 10 Fälle von Harntuberkulose durch Tuberkulinbehandlung gebessert.

Kutner (e. 51) hat bei beginnender Nierentuberkulose durch systematische und dauernde Ichthyolbehandlung Fälle von Heilung beobachtet.

Wortman (124) bekämpft die Tuberkulinbehandlung der Nierentuberkulose, da kein einziger beglaubigter Fall von wirklicher Heilung mit Funktion der Niere existiert.

Legueu und Chevassu (64) heben hervor, dass durch hygienische Behandlung allein kein Fall geheilt und durch Tuberkulinbehandlung nur Besserung, nicht Heilung erzielt wird. Die Behandlung der Wahl ist daher die chirurgische, für die er aus verschiedenen Statistiken eine Operationsmortalität von 6 % und 18 % Ferntodesfälle, dagegen 50 % Heilungen und 25 % dauernde Besserungen berechnet. Bei schwerer Blasentuberkulose wird nach Nephrektomie die Ausschaltung der Blase und die Einpflanzung des Ureters der funktionierenden Niere in den Dickdarm empfohlen.

Heitz-Boyer (49) beobachtete schwere Erkrankung der anderen Niere nach konservativer Behandlung der Nierentuberkulose.

10. Nierenverletzungen.

1. Adams, A., A case of ruptured kidney. Lancet. Bd. 1. p. 861. (Vollständige Zerreissung der Niere in zwei Hälften, Exstirpation.)
2. *Bories, H., Des indications opératoires dans les ruptures traumatiques du rein. Thèse de Paris. 1911/12. Nr. 451.
3. Durand, Hématome rétropéritonéal prérénal droit, consécutif à une contusion de la paroi abdominale antérieure; laparotomie, guérison. Soc. de chir. de Lyon. Sitzg. vom 29. Febr. Revue de Chir. Bd. 45. p. 1015.
4. Enderlen, Quere vollständige Nierenruptur. Würzburger Ärzteabend. Sitzg. vom 13. Dez. 1911. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 338. (Durch Überfahren; 12jähriges Mädchen; transperitoneale Exstirpation, Heilung.)
5. Fauntleroy, A. M., Rupture of the left kidney; nephrectomy. Unit. States Naval Med. Bull. Bd. 6. Nr. 3.
6. Gebele, Fettniere nach Zertrümmerung der Niere. II. Tagung d. Vereinig. bayr. Chir. 6. Juli. München. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1978. (Konkrementbildung ausserhalb der Niere, Exstirpation.)
7. Gerdes, G., Über subkutane Nieren- und Harnleiterverletzungen. Inaug.-Diss. Leipzig 1911. (Fall von mehrfachen Querrupturen der Niere. Exitus.)
8. *Gibson, Ch. L., Rupture of the kidney in children. St. Lukes Hosp. med. and surg. rep. Bd. 3. Amer. Journ. of Med. Sciences. Bd. 143. p. 649.
9. Girdleston, G. R., Ruptured liver and right kidney. Brit. Med. Journ. Bd. 1. 20. Jan. (Die Niere war vollständig vom Gefässstiel abgerissen.)
10. Heitz-Boyer, M., Un cas de néphrite traumatique démontré à l'aide des nouvelles méthodes d'exploration. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 549. (Nach Verletzung wurde mittelst Harnstoffbestimmung und experimenteller Polyurie eine Beeinträchtigung der Nierenfunktion infolge Unfalls nachgewiesen.
11. Herman, Note sur un cas de rupture de la rate et du rein gauche. Ann. de la Soc. Belge de Chir. 1911. p. 188. (Vollständige Trennung der Niere, Exstirpation von Niere und Milz, Exitus.)
12. *Heymann, Nierenruptur. Ärzteverein Düsseldorf. Sitzg. vom 9. Okt. 1911. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 344.
13. *Goodrich, Ch. H., Abdominal injuries and their treatment. Amer. Journ. of Surg. 1911. p. 44.
14. Jeannel, A propos d'une observation de rupture du rein; importance diagnostique de l'hématurie; avenir des reins traumatisés; valeur sociale d'un rein. Arch. méd. de Toulouse. Bd. 19. p. 89. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 428. (Traumatische Hydronephrose mit vollständiger Atrophie der Niere nach Überfahren; sechsjähriges Mädchen; die Entschädigungssumme ist auf 10 000 Frcs. zu schätzen.)
15. Le Jemtel, Déchirure du rein avec hématuries tardives; néphrectomie, guérison. Soc. de Chir. de Paris. Revue de Chir. Bd. 45. p. 668. (Die Hämaturien traten erst 22 Tage nach dem Unfall in heftiger Weise auf, nachdem anfangs nur eine zweitägige Nierenblutung vorhanden gewesen war. Vollständige Zerreissung der Niere.)

16. Le Moniet, Rupture traumatique du rein gauche; hématurie prolongée; suture du rein. Soc. de Chir. de Paris. Revue de Chir. Bd. 45. p. 666. (Zerreissung der Niere längs des konvexen Randes; Naht, Heilung.)
17. Loumeau, E., Accidents douloureux suraigus du rein gauche consécutifs à un violent effort et persistants jusqu' à la néphrotomie pratiquée le neuvième jour avec un succès complet. Gaz. hebdom. des Sciences méd. de Bordeaux. Nr. 29. p. 343. (Akuter Verschluss des geknickten Ureters bei Perinephritis, hervorgerufen durch einseitiges Tragen einer schweren Last.)
18. Marcorelli, Rottura del rene ed ematuria tardiva. Gazz. degli osped. e d. clin. Nr. 51. (Rezidive zwei Wochen nach dem Trauma; Riss der Niere durch die ganze Breite und Blutung in das perirenale Gewebe; Nephrektomie, bei der ein symptomlos gebliebener Maulbeerstein gefunden wurde.)
19. Pieri, Ferita trasfossa del rene sinistro, nefrorrafia guarigione. Riv. osped. Bd. 12. Nr. 14. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 1758. (Schnittwunde der Niere durch Messerstich.)
20. Plücker, Zwei Fälle subkutaner isolierter Nierenverletzungen. 84. Vers. deutscher Naturf. u. Ärzte. Abt. f. Chir. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 1744. (Einmal unteres Drittel der Niere abgetrennt, Nephrektomie, im anderen Falle Abtrennung des unteren Pols einer Hufeisenniere mit Exitus.)
21. Reinbold, Traumatische Nierenzerreissung. Schweiz. Rundschau. f. Med. 1911. p. 1392. (Nephrektomie.)
22. Rhyne, A. W., Conservative treatment of ruptured kidney, recovery. Mississippi Med. Monthly. Bd. 16. Nr. 9.
23. Rocket, R. N., Case of ruptured kidney. Australas. Med. Gaz. Bd. 31. Nr. 9.
24. Rokitzky, V. M., Fall von primärer Nephrektomie bei subkutaner Nierenverletzung. Chir. Arch. Weljamin. Bd. 27. p. 1068. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 1. p. 427. (Abreissung der Niere vom Stiel und Zerreissung in drei Stücke, Heilung.)
25. Roznatowski, Fall von subkutaner Nierenruptur bei Nierentumor. Wratsch. Gaz. 27. Mai. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 276. (60jährige Frau mit Nierensarkom, durch Überfahren geborsten, schwere Blutung, Nephrektomie, Genesung.)
26. Solowow, P. D., Zwei Fälle von Stichschnittwunden der Niere. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 131. (Ein Fall von Exstirpation wegen vollständiger querer Durchtrennung der Niere mit sehr starker Blutung und ein Fall von Nahtvereinigung der weniger tiefen Verletzung. Heilung.)
27. *Sorrentino, F., Lesioni violente dei reni. Gazz. degli osped. e d. clin. Heft 21.
28. Ssobolew, J. A., Fall von Stichschnittwunde. Russki Wratsch. 1911. Nr. 50. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 795. (Die Niere war wie beim Sektionsschnitt gespalten, Nierennaht.)
29. Stanley, E. G., Subcutaneous rupture of the kidney; intraperitoneal haemorrhage; expectant treatment, recovery. Lancet. Bd. 2. p. 757.
30. Stuckey, L. G., Zur Kasuistik der Stichwunden der Niere. Weljam. chir. Arch. 1910. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 1012. (Vollständige Durchbohrung der Niere mit Verletzung zahlreicher Gefässe; Nephrektomie.)
31. Terebinsky, N. N., Fall von traumatischen Verletzungen der Bauchorgane. Chir. Bd. 30. p. 603. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 1. p. 425. (Vollständige quere Durchreissung der Niere, Exstirpation.)

Bories (2) befürwortet bei Nierenverletzung die Operation entweder bei Bildung eines grossen Hämatoms oder bei Infektion des letzteren, besonders aber bei abundanter innerer Blutung und gleichzeitiger Verletzung anderer Bauchorgane. Ein Fall von totaler Absprengung des oberen Nierenpols mit Nephrektomie wird mitgeteilt, ferner 22 Fälle aus der Literatur.

Sorrentino (27) erweitert bei offenen Nierenwunden mit geringer Blutung die Wunde und tamponiert, bei starker Blutung soll die Nierenwunde genäht oder tamponiert werden, ebenso bei Nierenschüssen. Die Nephrektomie ist selten nötig. Grosser lumbaler Bluterguss oder intraperitoneale Blutung verlangen sofortige Operation.

Heymann (12) beobachtete $1\frac{1}{2}$ cm tiefes Einreissen der Niere am Hilus und Platzen auf der Vorderfläche durch plötzliches heftiges Anstrengen der Bauchpresse.

In der Diskussion erwähnt Kudlek einen Fall von Ruptur der Innenhaut einer kongenitalen, durch aberrierendes Gefäss bewirkten Sackniere; die Capsula propria blieb intakt. Exstirpation, Heilung.

Gibson (8) fand bei vier traumatischen Nierenrupturen die Zerreissung stets quer an der Grenze von mittlerem und unterem Drittel. Alle vier wurden nephrektomiert.

Goodrich (13) berechnet die Häufigkeit der Hämaturie auf 90 % aller Nierenverletzungen. Für die konservative oder operative Behandlung ist die Stärke der Blutung massgebend. Bei starken Zerreissungen ist die Nephrektomie erforderlich, eine partielle Nephrektomie ist selten durchführbar.

11. Nierensteine.

1. *Alessandri, La pielotomia nella calcolosi renale. Riv. osped. Bd. 2. Nr. 14. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 1755. .
2. André und Boeckel, Calculs du bassinet et pyélotomie. Soc. de Méd. de Nancy. Revue de Chir. Bd. 46. p. 468. (Zwei Fälle von Pyelotomie, einer mit starker Blutung aus den Gefässen der hinteren Nierenbeckenoberfläche.)
3. *Arcelin und Rafin, Les indications radiologiques de la pyélotomie. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 527 u. Arch. d'électr. méd. 349. Ref. Zentralbl. f. inn. Med. Bd. 34. p. 320.
4. Bachrach, Nierenbeckenstein im Kindesalter. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 20. April. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 645. (Pyelotomie mit Naht. Heilung; andere Fälle von Harnsteinen im Kindesalter werden von A. Fränkel mitgeteilt.)
5. Ballance, Ch. A., Calculous anuria. Lancet. Bd. 1. p. 142. (Die zuletzt verstopfte Niere ist zu operieren.)
6. *Baum, Nephrotomie oder Pyelotomie. Vereinigung nordwestdeutscher Chir. Sitzg. vom 9. Nov. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 13 u. Med. Klinik. Bd. 8. p. 1984.
7. *Bazy, P., La pyélotomie dans les calculs du rein. Journ. d'Urol. Bd. 1. p. 739 u. Ac. de Méd. Sitzg. vom 2. Jan. Gaz. des Hôp. Bd. 85. p. 6.
8. *Bazy, P., und L. Bazy, Faut-il suturer les incisions du bassinet et de l'uretère? Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 645.
9. *Belot, J., Note sur la radiographie du système urinaire. Bull. et Mém. de la soc. de radiol. de Paris. Jan.
10. Bokay, J. v., Die infantile Lithiasis in Ungarn. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 4. p. 365.
11. Bugbee, H. G., Diagnosis of Urolithiasis. Amer. Journ. of Urol. Bd. 8. Nr. 4. (Erklärt Kystoskopie, Ureterenkatheterismus und Radiographie für notwendig.)
12. *Burchard, Demonstration von Röntgenbildern des uropoetischen Systems. Ärzteverein Rostock. Sitzg. vom 18. Okt. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2595.
13. — Röntgenogramme und Präparate zweier Fälle von Steinniere. Ärzteverein Rostock. Sitzg. vom 2. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1766.
14. *Cabot, Some commun sources of error in the diagnosis of renal and ureteral calculi. Pacific Med. Journ. August.
15. *Casper, L., Über Nieren- und Uretersteine. Med. Klinik. Bd. 8. p. 1611.
16. Cathcart, C. W., Renal colic. Edinburgh Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 7. Febr. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 369. (Zwei Jahre nach Nephrolithotomie Kolik durch Ureterstein, der durch Ureterotomie entfernt wurde.)
17. *Cathelin, F., L'opération de la pyélotomie postérieure. Paris chir. 25. März.
18. — La benignité opératoire dans les interventions pour les calculs du rein. XXV. franz. Chir.-Kongr. Revue de Chir. Bd. 46. p. 761. (Nur ein Todesfall unter 32 Operierten.)
19. — Dix mille cent quatre-vingt-trois calculs dans un rein. Soc. de Méd. de Paris. Sitzg. vom 13. Dez. Gaz. des Hôp. Bd. 85. p. 2057. (Nephrektomie, Heilung; die zahllosen Steine hatten weder Hämaturien noch Schmerzen verursacht; die Nierenfunktion war aufgehoben.)
20. — Calcul du rein et urines tuberculeuses; néphrectomie, guérison. Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris. p. 303. (Linksseitiger Nierenstein, Funktion stark herabgesetzt. Tierversuch positiv für Tuberkulose.)
21. — Calculs multiples des deux reins, double néphrolithotomie, guérison. Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris. p. 303. (Phosphatsteine; zweizeitige Operation.)
22. *Charvin, E., De la lithiase rénale et urétérale chez l'enfant. Thèse de Lyon. 1910/11. Nr. 79.

22a. Cholin, Nephrektomie nach einer vor zwei Jahren stattgehabten Nephrotomie. Wratsch Gaz. Nr. 12. Sitzungsber. d. chir. Ges. zu Moskau. (H. Jentter.)
23. Collins, H. D., Pyonephrolithiasis. New York Surg. Soc. Sitzg. vom 8. Nov. 1911. Annals of Surg. Bd. 55. p. 108. (Grosse Zystenniere, teilweise vereitert, mit mehreren

kleineren und einem grossen, den Ureter verschliessenden Steine. Nephrektomie, Heilung.)
24. Curtis, Successful nephrectomy for right renal calculus. Med. Soc. of London. Sitzg. vom 25. März. Lancet. Bd. 1. p. 929.
25. Desmoulière, A., La cystinurie. Thèse de Paris. 1910/11. Nr. 328. (Erklärt die Zystinurie für eine allgemeine Stoffwechselanomalie, besonders für die Folge einer Störung der Leberfunktion.)
26. Deutsch, H., Nierenstein. Ärztl. Verein Brünn. Sitzg. vom 30. April. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 1143. (Kind, negativer Röntgenbefund, Spontanabgang).
27. Ebert, O., Nierensteine im Kindesalter. Med. Klinik. Bd. 8. p. 399 u. 504. (Fall von Pyelolithotomie mit Koliinfektion, Heilung.)
28. Escat, Calcul du rein; pyélotomie. Soc. de Chir. de Marseille. Sitzg. vom 20. Mai. Revue de Chir. Bd. 46. p. 343. (11jähriges Kind. In der Diskussion sprechen sich auch Pluyette und Imbert für die Pyelotomie aus.)
29. Favreul und Pasquereau, Anurie calculeuse; rein unique. Soc. d'Anat. pathol. de Nantes. Revue de Chir. Bd. 45. p. 1023. (Steinverstopfung des rechten Ureters bei Fehlen der linken Niere. Bei Inzision der rechten Niere wurde der Stein nicht gefunden. Exitus.)
30. Giordano, D., Anurie bei Solitärniere. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 116. (Nephrotomie wegen sechstägiger Anurie bei durch Typhus infizierter Niere mit Steinbildung, nachdem acht Jahre vorher die andere Niere wegen Tuberkulose exstirpiert worden war. Hierauf Entfernung der Konkretionen aus dem Nierenbecken mit dem Löffel und Katheterismus des Ureters von oben; Heilung.)
31. Gorasch, Über die Frage der Pyelolithotomie in situ. Russ. urol. Ges. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 147.
32. Gottstein, Fall von doppelseitiger Nephrolithiasis. Breslauer chir. Ges. Sitzg. vom 10. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 1540. (Erfolgreicher Fall von beiderseitiger Pyelotomie. In der Diskussion berichten Brade über zwei und Küttner über vier Fälle von beiderseitigen Steinen.)
33. Grant, H. H., Nephrolithotomie. Kentucky Med. Journ. Bd. 10. Nr. 18.
34. Haffner, E. L., Case of pyelonephritis from calculus in kidney. Journ. of Missouri State Med. Assoc. Bd. 8. Nr. 10.
35. Hagan, M., Renal calculus. Journ. of Kansas Med. Soc. Bd. 12. Nr. 5.
36. Jaboulay, Nephrostomie droite et pyélostomie gauche pour calculose bilatérale. Soc. de Méd. de Lyon. Revue de Chir. Bd. 46. p. 967. (Vollständiger Ausschluss der unteren Harnwege mit günstiger Wirkung.)
37. Jenckel, Grosser Nierenstein. Ärztl. Verein Altona. Sitzg. vom 28. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1297. (Aseptische Steinniere, Exstirpation; Stein 9 : 6,5 : 3 cm.)
38. Illyés, G. v., Doppeltes Nierenbecken mit Steinbildung. IV. Kongr. d. ung. Ges. f. Chir. 1911. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 467. (Resektion des kranken Nierenbeckens.)
39. Johannessian, S., Über die operative Behandlung der Nierensteine. Inaug.-Diss. Halle 1911. (Fünf Fälle aus der Bramannschen Klinik, darunter vier bei Frauen, zwei Nephrotomien, darunter ein Todesfall wegen doppelseitiger Erkrankung, zwei Nephrektomien und eine Pyelolithotomie.)
40. Josserand, Radiodiagnostic de la lithiase urinaire. Arch. d'Electr. méd. Bd. 2. p. 510. (Siehe Jahresbericht Bd. 25, p. 376.)
41. Julian und S. Ratera, Quelques causes d'erreur dans les radiographies du rein. Span. Med.-Chir. Acad. Sitzg. vom 27. Mai. Revue de Chir. Bd. 46. p. 863. (Drei Fälle von negativem Ausfall der Radiographie trotz vorhandener Steine; verlangen Entleerung des Darms, Immobilisierung des Zwerchfells und Auswahl geeigneter Röhren.)
42. Kleinschmidt, O., Die Harnsteine, ihre Physiographie und Pathogenese. Berlin 1911. J. Springer. (Eingehende Darstellung der Struktur und Entstehung der Harnsteine, wobei die kolloide Grundlage nach Ebstein abgelehnt wird.)
43. Kobylinski, Über Pyelolithotomie. Russ. urol. Ges. Sitzg. vom 17. Febr. 1911. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 145.
44. Kubitz, A., Über doppelseitige Nephrolithiasis. Inaug.-Diss. Leipzig 1911. (Sechs Fälle aus der Trendelenburgschen Klinik, und zwar vier von gleichzeitiger doppel-

seitiger Steinerkrankung und zwei von Erkrankung der zweiten Niere nach Operation der ersten.)
45. Küttner, Zwei Fälle von Steinbildung. 84. Vers. deutscher Naturf. u. Ärzte. Abt. f. Chir. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 1750. (Einmal grosser Stein, einmal Schrumpfung der Niere.)
46. *Kusnetzky, Operative Behandlung der Nieren- und Harnleitersteine. Russki Wratsch. 1911. Nr. 45. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 85 u. Russ. Pirogowsche Ges. Sitzg. vom 29. Nov. Journ. d'Urol. Bd. 1. p. 265.
47. Kusnetzky, D. P., Surgical treatment of renal and ureteral calculi, with report of 82 cases. Amer. Journ. of Urol. Bd. 8. Nr. 10.
48. Lamy, M. P. A., Etude sur la lithiase cystineuse. Thèse de Nancy. 1910/11. Nr. 6. (Zusammenstellung von 22 Fällen.)
49. *Le Clerc-Dandoy, Nierenruptur nach Nephrolithotomie. Journ. méd. de Bruxelles. 1911. Nr. 36.
50. Legueu, F., Enorme calcul du rein. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. 1911. p. 1136. (180 g schwerer Nierenstein, infiziert. Nephrotomie, Heilung.)
51. Lewis, J. S., und C. W. Bethune, Infantile kidney and occlusion of ureter with nephrolithiasis on the opposite side. Amer. Journ. of Urol. Bd. 8. Nr. 11.
52. v. Lichtenberg, Über Sauerstofffüllung des Nierenbeckens und Ureters. Unterels. Ärzteverein Strassburg. Sitzg. vom 24. Juni 1911. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 46. (Erhöht die Sicherheit der positiven und negativen Steindiagnose.)
53. *Link, R., Beitrag zur Kenntnis der Zystinurie und der Zystinsteine. Inaug.-Diss. Leipzig.
54. Loree, D., Calculous anuria. Lancet-Clinic. Cincinnati. Bd. 107. p. 203.
55. Lotsi, G. O., Zur Diagnose Drüsenschatten bei Steinuntersuchung des Harnsystems. Fortschr. d. Röntgenstrahlen. Bd. 17. Heft 6. (Unterhalb der Niere und ausserhalb der normalen Uretergegend liegende Schatten durch Steine, die in einer Ausbuchtung des erweiterten Ureters liegen.)
56. Magenau, Stark haselnussgrosser Nierenstein. Ärztl. Verein Stuttgart. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1436. (Nephrotomie bei Nierenstein und Nephrektomie bei mannskopfgrosser Pyonephrose mit hühnereigrossem Stein am Ureterabgang.)
57. Marion, G., Une nouvelle cause d'erreur dans la radiographie des calculs du rein. Journ. d'Urol. Bd. 1. p. 655. (Kittähnliche tuberkulöse Masse, die durch Schattenbildung einen Stein vorgetäuscht hatte; Nephrektomie.)
58. Meyer, Spontaneous removal of renal and ureteral calculus of the same side. New York Surg. Soc. Sitzg. vom 25. Okt. 1911. Annals of Surg. Bd. 55. p. 324. (Pyelotomie und Entfernung eines grossen verästelten Steines, sowie zweier kleinerer aus der Nierensubstanz, ferner Ureterotomie auf derselben Seite und Entfernung eines Steines aus dem unteren Ende des Ureters; die andere Niere, die ebenfalls einen Stein enthält, soll später operiert werden; Heilung.)
59. Moniz, G., Lithiase renal. Brazil. med. Bd. 26. Nr. 12. (Diätetische Behandlung.)
60. Morian, Uratsteine des Nierenbeckens. Ärztl. Verein Essen-Ruhr. Sitzg. vom 28. Nov. 1911. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 189. (Pyelotomie mit primärer Heilung; zwei Fälle.)
61. Morris, Fistulae associated with renal calculus. New York Surg. Soc. Sitzg. vom 8. Mai. Annals of Surg. Bd. 56. p. 794. (Eiterfistel nach Öffnung eines Lumbalabszesses infolge Durchbruch eines Steins aus dem Nierenbecken.)
61a. Mysch, Über Nierensteine. Wratsch. Gaz. Nr. 48. Sitzungsber. d. Naturf.- u. Ärzte-Versamml. an der Universität Tomsk. (H. Jentter.)
62. *Niederstein, Nierensteinaufnahmen. Ärztl. Verein Essen-Ruhr. Sitzg. vom 11. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 1543.
63. O'Donnel, Detection of ureteral and renal calculi by radiography. Amer. Med. Bd. 7. Nr. 3.
64. Oppel, Nierensteine. Russ. urol. Ges. Sitzg. vom 26. Jan. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 659. (Ein erbsen- und ein bohnengrosser Nierenbeckenstein, durch Röntgenaufnahme nachgewiesen und durch Pyelotomie entfernt; keine Naht, Heilung.)
65. *Payr, E., Über die Sicherung der Naht bei Pyelolithotomie durch einen gestielten Lappen der Capsula fibrosa. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 1505.
66. *Peña, Indications opératoires dans la pyonéphrose calculeuse. Span. Med.-chir. Acad. Sitzg. vom 22. Jan. Revue de Chir. Bd. 46. p. 512.

67. Pólya, E., Ein grosser Nierenstein. Ges. d. Ärzte in Budapest. Sitzg. vom 11. Nov. 1911. Pester med.-chir. Presse. Bd. 48. p. 273. (Grosser Nierenstein, 8 × 7 × 4 cm, das ganze Nierenbecken ausfüllend, Niere ganz atrophisch, Exstirpation.)
68. *Pousson, A., Traitement chirurgical des calculs du rein. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 157.
69. *— Nierenstein und Schwangerschaft. La Gyn. Nr. 2.
70. Rafin, De l'oxalate de chaux comme agent constituant des calculs du rein. Province méd. 1911. Nr. 40. (84 % der Steine enthalten Kalkoxalat.)
71. Rafin und Arcelin, Calculs du rein et de l'uretère; notes cliniques et radiologiques. Lyon-Paris 1911. A. Maloine. (Eingehende Besprechung der Steinkrankheit vom klinischen und radiologischen Standpunkte; Verarbeitung eines Materials von 48 Nieren- und vier Uretersteinen.)
72. Rastonil, Néphrotomie au septième jour d'une anurie calculeuse. Bull. de la Soc. méd. et chir. de la Rochelle. Okt. 1911. (Ausgiebige Drainage; Harnsekretion durch die Blase erst 38 Tage später.)
73. Ratera, Deux cas des calculs du rein avec présentation des radiographies. Span. med.-chir. Acad. Sitzg. vom 4. Dez. 1911. Revue de Chir. Bd. 45. p. 862. (Demonstration.)
74. — Cas cliniques de calculs renaux. Span. med.-chir. Acad. Sitzg. vom 12. Febr. Revue de Chir. Bd. 46. p. 648. (Vier Fälle von Nieren- und Uretersteinen, durch Röntgendurchstrahlung nachgewiesen, zwei operiert. In der Diskussion hält Pena den Katheterismus des Ureters für genügend, die Injektion opaker Flüssigkeiten für entbehrlich.)
75. Renner, Enuresis durch Nierensteine. Chir. Ges. Breslau. Sitzg. vom 13. Mai. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 915. (Sectio alta; Fraktur des Sitzbeins infolge von Züchtigung wegen Bettnässens!)
76. Reynard, Hématuries prolongées dues à de petits calculs du rein. Soc. des Sciences méd. de Lyon. Revue de Chir. Bd. 46. p. 632. Lyon méd. p. 203. (Erbsengrosse Steine; Nephrotomie.)
77. Reynolds, W. A., Renal calculi (oxalate) with severe haemorrhage after nephrolithotomy. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 717. (Entfernung von etwa 100 Steinen, teilweise irregulär gestaltet, durch Nephrotomie, schwere Nachblutung, die durch Öffnung der Wunde und Tamponade mit Adrenalingaze gestillt wurde.)
78. Richardson, The error of overlooking ureteral or renal stone under the diagnosis of appendicitis. Annals of Surg. Bd. 55. p. 264. (Warnt vor dieser Verwechselung und dringt bei unklaren Unterleibsschmerzen auf Harnuntersuchung und Röntgendurchleuchtung.)
79. Rindfleisch, Zystinurie und Zystinsteine. 84. Vers. deutscher Naturf. u. Ärzte. Abt. f. inn. Med. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2250. (Fand auch Zystinsteine durch Röntgendurchleuchtung darstellbar.)
80. Ringleb, O., Zur Operation an Solitärnieren. Hufeland. Ges. Sitzg. vom 10. Okt. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 2198. (Vorläufige Mitteilung; in der Diskussion erwähnt Litthauer einen Fall von Steinniere mit Pyelotomie bei Solitärniere; länger bestehende Nierenbauchdeckenfistel.)
81. Rochet, Néphrotomie simple dans la lithiase rénale infectée et avec gros calculs. Rev. prat. des mal. des org. gén.-ur. 1911. Nr. 47.
82. Rochet und Thévenot, L'origine rénale de certains calculs. XXV. franz. Chir.-Kongr. Revue de Chir. Bd. 46. p. 761. (Betont die Häufigkeit des renalen Ursprunges der Blasensteine.)
83. Rodillon, G., La pétrification des microorganismes dans les sédiments urinaires et les pseudocristaux en haltères. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 374. (Macht auf die Oxalatkristalle aufmerksam, welche durch Niederschlag auf Mikroorganismen entstehen.)
84. *Roman, B., Pyelonephritis bei Nephrolithiasis durch Bacterium Paratyphi B. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 1225.
85. Schmidt, M. P., Amyloide Eiweisssteine im Nierenbecken. Zentralbl. f. path. Anat. Bd. 23. Nr. 19. (Neun fazettierte Amyloidsteine im Becken einer granulierten Niere bei allgemeiner Amyloidose.)
86. Schöne, G., Blasen- und Nierensteine. Med. Verein Greifswald. Sitzg. vom 26. Juli. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 2385. (Zwei Nierensteine, durch Nephrotomie entfernt; ein Blasenstein bei einer Frau auf Grund primärer Nephrolithiasis.)

87. *Seelig, A., Notiz zur Röntgendiagnose der Harnsteine. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 298.
88. Smith, E. O., Case of malaria simulating renal calculus. Amer. Urol. Assoc. 11. Jahresversamml. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 58. p. 1307. (Kolikähnliche Schmerzen links; kein Steinschatten.)
89. Sondern, F. E., Urolithiasis; etiology and chemistry. Amer. Journ. of Urol. Bd. 8. Nr. 4.
90. Squier, J. B., Surgery of urolithiasis. Amer. Journ. of Urol. Bd. 8. Nr. 4. (Schlägt vertikalen Lumbalschnitt vor, bevorzugt die Pyelotomie und bei Infektion die Drainage des Nierenbeckens.)
91. — Acidosis following nephrectomy. Med. Record. New York. Bd. 81. p. 7. (Exitus am 12. Tage nach Nephrektomie wegen vereiterter Steinniere, unter Delirien, Vermehrung der Azidität und Azetongehalt des Harns.)
92. Steen, H. B., Large renal calculus. Indian Med. Gaz. Bd. 47. Nr. 8.
93. *Stépanoff, J., Faut-il suturer les incisions du bassinet et de l'uretère? Thèse de Paris. 1910/11. Nr. 423.
94. Stone, J. S., A kidney removed for nephrolithiasis. Washington Obst. and Gyn. Soc. Sitzg. vom 9. Febr. Amer. Journ. of Obst. Bd. 66. p. 834. (Vereiterte Niere mit multiplen Parenchymsteinen; Exstirpation, Heilung.)
95. Tracy, S. E., Recurrent anuria due to ball valve calculus in ureter of single functionating kidney. Pennsylv. Med. Journ. Sept. (Dauer-Ureterkatheter; Röntgenbefund negativ; häufige Einführung des Ureterkatheters ohne Infektion des Ureters.)
96. Voeckler, Nierenstein von Walnussgrösse. Med. Ges. Magdeburg. Sitzg. vom 29. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 95. p. 1522. (Pyelotomie.)
97. *Wagner, Nephrolithiasis nach Unfall. Monatsschr. f. Unfallheilk. Nr. 2.
98. Weber, F. P., An unusual urinary deposit of calcium carbonate. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 183. (Kristalle in Nierenzysten.)
99. Whiteside, G. S., Surgery of urolithiasis. Nortwesth Med. Bd. 4. Nr. 4.
100. Willis, L. E., Urinary calculi. Journ. of Arkansas Med. Soc. Bd. 8. Nr. 12.
101. Woolsey, G., Nephrolithiasis, pyelitis, calculus of the bladder. New York Surg. Soc. Sitzg. vom 22. Nov. 1911. Annals of Surg. Bd. 55. p. 445. (Pyelotomie und Entfernung eines erdbeerförmigen Steins, Pyelitis, Heilung, später Kystotomie und Entfernung des Blasensteins.)
102. — Nephrolithiasis of the kidneys; calculus in left ureter; sinus of left kidney. New York Surg. Soc. Sitzg. vom 22. Nov. 1911. Annals of Surg. Bd. 55. p. 450. (Entfernung mehrerer Steine, zuerst aus der besser funktionierenden rechten, nach einigen Wochen auch aus der linken Niere, mittelst Nephrotomie und Zurückbleiben einer Fistel der linken Niere, ein Jahr bestehend. In der Folge nochmalige Steinbildung und Öffnung der linken Niere in der alten Narbe, sowie Eröffnung von perinephritischen Abszessen. Heilung. Der Ureterstein soll später entfernt werden.)
103. *Zivré, A., La pyélotomie dans les calculs du rein. Thèse de Nancy. 1910/11. Nr. 30.

Casper (15) beschreibt als typische Symptome von Steinen in den oberen Harnwegen Schmerzen und Blutungen, jedoch sind beide Erscheinungen weder konstant, noch — besonders die ersteren — eindeutig. Das hauptsächlichste diagnostische Mittel ist die Radiographie, jedoch können sehr kleine und Uratsteine unsichtbar bleiben. Stets muss der ganze Harntraktus auf dem Bild erscheinen. Falsche Schatten können durch Einführung eines undurchlässigen Ureterkatheters ausgeschaltet werden. Bei kleinen Steinen wird Anregung der Diurese, bei nahe der Blase sitzenden die Lockerung mit dem Ureterkystoskop empfohlen, bei Nierensteinen wird die Pyelotomie der Nephrotomie vorgezogen. Uretersteine sind durch Ureterostomie zu entfernen. Indiziert ist die Operation bei sich wiederholenden Koliken, dauerndem Druckschmerz, Eiterinfektion und Anurie. Nach Entfernung des Steins ist die etwa zurückbleibende Pyelitis durch Nierenbeckenspülungen zu behandeln und die Diät zu regulieren, sowie durch Trinkdiurese und Alkalien die Lösungsfähigkeit der Harn- und Oxalsäure anzustreben.

Wagner (97) betont die Möglichkeit der Entstehung von Nierensteinen nach Traumen sowohl der Niere (infolge von Blutungen und Entzündungen) als des Zentralnervensystems auf dem Wege einer Cystitis und Pyelonephritis.

Charvin (22) hebt die Seltenheit der Nieren- und Uretersteine im Kindesalter hervor, glaubt aber, dass mit Vervollkommnung besonders der Radiographie die Fälle an Häufig-

keit zunehmen werden, da bei Erwachsenen sich häufig die ersten Erscheinungen bis ins Kindesalter verfolgen lassen. 53 Fälle (mit vielen Röntgenbildern) werden mitgeteilt.

Pousson (69) hält die Schwangerschaft mit ihren nervösen Störungen und ihren anatomischen und physiologischen Veränderungen für eine Prädisposition zur Nierensteinbildung. Ein Fall von Pyelotomie mit Naht und Heilung.

Roman (84) beschreibt einen Fall (Sektionsbefund) von Nierensteinen mit pseudomembranöser Pyelitis, Ureteritis und Cystitis und eitriger Nephritis, bei dem aus dem Nierenbeckeninhalt das Bacterium Paratyphi B isoliert wurde. Nach den Befunden musste die Infektion als aufsteigende erklärt werden; die primäre Infektion wurde nicht völlig aufgeklärt. Die im Darm gefundenen Veränderungen (Gastroenterostomie drei Tage vorher) waren jüngeren Datums.

Belot (9) empfiehlt, um Fehlerquellen, z. B. Beckenflecke auszuschalten, eine wiederholte längere Röntgenaufnahme in derselben Lage, weil Nierensteine bei Zeitaufnahmen undeutlich werden und ihre Lage verändern, Verkalkungen dagegen nicht.

Cabot (14) fand bei Nieren- und Uretersteinen in 10 % keine Schmerzen und in 30 % Schmerzen ohne Koliken. Als einziges Symptom kann häufige und schmerzhafte Harnentleerung vorhanden sein.

Burchard (12) bespricht die Fehlerquellen bei Röntgenaufnahme der Harnorgane (Beckenflecke, Venensteine) und verlangt von einem zuverlässigen Röntgenbild, dass die Niere selbst auf die Platte gebracht wird.

Niederstein (62) glaubt, dass bei Anwendung der nötigen Kautelen die kleinsten Konkremente sichtbar gemacht werden können.

Seelig (87) fand in Übereinstimmung mit Telemann, dass reine Harnsäuresteine keine Schatten geben; durch Füllung der Blase mit Sauerstoff werden sie darstellbar. In der Niere sind reine Harnsäuresteine häufiger als in der Blase und daher sind negative Röntgenbilder mit Vorsicht zu deuten.

Pousson (68), welcher über 42 operative Eingriffe an 38 Nierensteinkranken berichtet, bezweifelt, ob es aus dem Röntgenbilde allein möglich ist, die Indikation für Nephrotomie oder für Pyelotomie zu stellen. In zweifelhaften Fällen muss die Niere freigelegt, luxiert und betastet werden. Die Pyelotomie eignet sich nur bei Steinen von mittlerer Grösse und regelmässiger Oberfläche, die innerhalb der ersten Abteilungen des Nierenbeckens liegen und von entzündlichen Verwachsungen völlig frei sind. Die Befürchtung ausgedehnter narbiger Sklerose bei Nephrotomie hält er für unbegründet und Blutungen können durch Einlegung eines Katheters ins Nierenbecken verhütet werden. Bei septischer Nephrolithiasis gibt die Nephrektomie bessere Resultate als die Nephrotomie, namentlich erfordern Pyelonephritis und kalkulöser Abszess im allgemeinen die Exstirpation.

Alessandri (1) hält für Ausführung der Pyelotomie nur für nötig, dass die Niere möglichst aseptisch und in ihrem Gewebe nicht geschädigt ist; dass sie luxierbar ist und nur ein nicht verästelter Stein vorhanden ist, wird nur für wünschenswert erklärt. Fünf Fälle werden beschrieben, alle heilten ohne Fistelbildung, obwohl nur zwei ganz aseptisch waren. Die Wunde wird genäht und ein Tampon dagegen gelegt.

Arcelin und Rafin (3) erklären das Röntgenbild für entscheidend in der Frage, ob Pyelotomie oder Nephrotomie auszuführen ist. Bei septischer Steinniere sind die Steine meist verästelt und zahlreich, bei aseptischer gering an Zahl und von regelmässiger Form. In ersterem Fall ist die Nephrotomie zur genauen Aufsuchung und Entfernung aller Steintrümmer nötig.

Baum (6) widerlegt die gegen die Pyelotomie gemachten Einwände der begrenzten Brauchbarkeit, der geringen Übersicht und der Gefahr der Fistelbildung und bezeichnet diese Methode als erheblich gefahrloser und konservativer gegenüber der Nephrotomie, welche er nur bei multiplen Steinen im Nierenparenchym und weitgehenden Gewebsveränderungen, besonders Abszessen zulässt, vorausgesetzt, dass nicht schon die Exstirpation geboten ist. In der Diskussion gibt Kümmell bei nicht infizierter Steinniere der Pyelotomie den Vorzug vor der Nephrotomie; Schüssler eröffnete das infizierte Nierenbecken und entfernte einen kruppösen Belag, Heilung ohne Fistelbildung.

Bazy (7) tritt aufs wärmste für die Pyelotomie ein und konnte auch grössere verästelte Steine auf diesem Wege ohne besondere Schwierigkeit entfernen.

Cathelin (17) empfiehlt die Pyelotomie bei nicht zu grossen und nicht verästelten Steinen, die im extrarenalen Teile des Nierenbeckens sitzen, ferner wenn die Niere sich luxieren und die Hinterfläche des Nierenbeckens sich genügend freilegen lässt. Die Frage der Infektion ist von geringerer Bedeutung.

Kusnetzky (46) empfiehlt bei Nierensteinen die Pyelolithotomie in situ oder nach Luxation der Niere, im Notfalle die Hinzufügung der Nephrotomie; für zwei Wochen ist das Nierenbecken zu drainieren.

Peña (66) zieht die Nephrotomie der Pyelotomie vor, welcher er die Gefahr der Fistelbildung zuschreibt. Bei aseptischen Steinen wird Nephrotomie empfohlen, ebenso bei eitriger Infektion, wenn der Ureter durchgängig ist, die Funktionsfähigkeit der anderen Niere nicht feststeht und bei schlechtem Allgemeinzustand die Nephrotomie, im gegenteiligen Falle die Nephrektomie. In der Diskussion wird von Cifuentes die hohe Mortalität der Nephrektomie gegenüber der Nephrotomie hervorgehoben.

Zivré (103) erklärt die Pyelotomie nur für ausführbar, wenn die Niere luxiert werden kann; sie ermöglicht auch die Entfernung grosser verästelter Steine, jedoch ist bei solchen die Nephrotomie vorzuziehen. Die Vorteile der Operation bestehen in Schutz vor Nachblutungen und in Vermeidung einer Schädigung der Nierenfunktion. Fünf Fälle (mit Röntgenbildern) werden mitgeteilt.

Le Clerc-Dandoy (49) beobachtete in drei Fällen nach der Nephrolithotomie Nachblutungen durch Platzen der Naht, zwei mit Exitus und einen mit Heilung mittelst Nephrektomie. Die Naht der Niere soll daher nur bei gesundem Nierenparenchym ausgeführt werden, Infektion und auch chronische Nephritis kann zur Ruptur und Blutung führen.

P. und L. Bazy (8) nähen die Nierenbeckenwunde nach Pyelotomie, sobald es möglich ist, jedoch dürfen die ableitenden Harnwege von dem umgebenden und schützenden Fettgewebe nicht entblösst werden, das auch die anzulegende Naht stützen soll. Notwendig ist die Vernähung bei ausgedehnter Inzision des Nierenbeckens und des Ureters und, wenn Nierenbecken und Ureter entblösst worden sind; in diesem Falle ist die Naht, wenn sie überhaupt ausführbar ist, durch Überpflanzung aus dem umgebenden Gewebe zu stützen. Zu unterlassen ist die Naht, wenn ihre Ausführbarkeit besonders schwierig und in Rücksicht auf das Kaliber der Harnwege gefährlich ist und wenn eine Verlängerung der Operation in Rücksicht auf den Allgemeinzustand unerwünscht scheint, endlich bei schwerer Infektion und bei Ureterotomie, wo die Drainage günstiger ist. Im übrigen ist Infektion im allgemeinen keine Kontraindikation gegen die Naht.

Payr (65) gibt wegen der Schädigung der Niere durch die Nephrotomie und wegen der Gefahr der Nachblutung der Pyelotomie den Vorzug und näht bei allen annähernd aseptischen Fällen die Wunde. Zur Sicherung der Naht löst er vom Nierenbecken aus quer über die Hinterfläche einen genügenden Lappen aus der fibrösen Kapsel aus und näht ihn umgeklappt über die in zwei Etagen genähte Nierenbeckenwunde. Ein Fall von Entfernung eines walnussgrossen Steins wird mitgeteilt.

Stépanoff (93) bezeichnet die Anlegung von Nähten nach Pyelo- und Ureterolithotomie als gefährlich in bezug auf Entstehung einer sekundären Stenose mit Fistelbildung und Bildung eines neuen Steines. Die Naht ist im allgemeinen unnütz, denn die Schnittwunden heilen ebensogut ohne Vernähung; erlaubt ist die Naht bei aseptischem Harn und bei Erweiterung des Nierenbeckens oder Ureters, wenn die Inzisionsstelle gut zugänglich gemacht werden kann.

Link (53) erklärt die Zystinurie als Folge ungenügender Oxydation des Eiweisses; die innere Therapie ist machtlos. Zwei Fälle von multiplen Zystinsteinen werden mitgeteilt, einer von gänseeigrossem Stein in der Blase, der durch Sectio alta entfernt wurde und mehreren walnussgrossen Steinen im Nierenbecken und der Niere rechterseits und einer mit doppelseitigen Nierensteinen.

12. Nierentumoren.

1. Abbe, R., Long lasting cure after removal of sarcoma of the kidney in infancy. New York Surg. Soc. Sitzg. vom 24. April. Annals of Surg. Bd. 56. p. 469. (Rhabdomyosarkom des oberen Teils der rechten Niere, das bei einem ein Jahr alten Kinde durch Nierenresektion entfernt wurde. Rezidivfrei seit 20 Jahren.)
2. *Alezais und Peyron, Sur les aspects périthéliaux observés dans certaines tumeurs du rein. Comptes rendus de la Soc. de Biol. Bd. 72. p. 1109.
3. André, Cancer du rein. Soc. des Sciences méd. de Lyon. Revue de Chir. Bd. 46. p. 634. (Drei Fälle; die Operation findet linkerseits günstigere Verhältnisse als rechts, wo die Vena cava bald in die Neubildung einbezogen wird.)
4. Andres, M., Hypernephrom. La Clin. chir. 1911. Nr. 1. p. 85. (960 g schwerer Tumor, 39jährige Frau, Nephrektomie, Heilung.)

5. Beck, C., Hypernephrom. Deutsche med. Ges. Chicago. Sitzg. vom 21. März. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1741. (Exstirpation.)
6. *Bendell, J. L., Congenital malignant renal tumors. Albany Med. Annals. Bd. 33. p. 136.
7. Bittner, Nierentumor. Ärztl. Verein Brünn. Sitzg. vom 4. Dez. 1911. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 189. (Enormes Adenokarzinom von 50 cm im Umfang, bei einem achtjährigen Kinde; Exstirpation, Tod an Rezidiven.)
8. *Bossart, J., Über Vorkommen und Bedeutung von Muskelgewebe in der Niere. Inaug.-Diss. Zürich.
9. Cahen, F., Hypernephrom der rechten Niere. Allg. ärztl. Verein Köln. Sitzg. vom 4. Dez. 1911. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 503. (Bluthamen und Kräfteverfall; Exstirpation, Heilung.)
10. Chevassu, M., A propos du traitement chirurgical du cancer du rein. Bull. de l'assoc. franç. pour l'étude du cancer. Bd. 4. p. 344. (Exstirpation nach Grégoire.)
11. — A propos de la chirurgie du cancer du rein. Ebenda. p. 368. (Exstirpation mittelst Lateralschnittes.)
12. Collins, J., und R. G. Armour, The metastasis of hypernephroma in the nervous system; Jacksonian epilepsy caused by such lesion. Amer. Journ. of Med. Sciences. Bd. 144. p. 726. (Hypernephrom im oberen Pol der rechten Niere mit Metastasen in Leber und Gehirn.)
13. Damsky, Primäres Nierenkarzinom. Wratsch. Gaz. Nr. 5. Sitzg. d. Urol. Ges. zu St. Petersburg. (H. Jentter.)
14. Dartigue und Catz, Sarcome du rein enlevé par la voie transpéritonéale. Soc. des Chir. de Paris. Sitzg. vom 31. Mai. Presse méd. Nr. 50. p. 530. (Sarkom aus polymorphen Zellen, bei einer schon kachektischen Kranken mit Erfolg exstirpiert.)
15. Devèze, Tumeur pararénale. XXV. franz. Chir.-Kongr. Revue de Chir. Bd. 46. p. 762. (Embryonale Mischgeschwulst, mit der Niere entfernt; Pollakiurie und Pyurie. Heilung ohne Rezidive seit vier Jahren.)
16. Downes, Large embryonal adenocarcinoma of the kidney; nephrectomy. New York Surg. Journ. Sitzg. vom 24. Jan. Annals of Surg. Bd. 55. p. 634. (Rechtsseitiger Nierentumor. Hämaturie, Exstirpation, Heilung.)
17. — Large hypernephroma; nephrectomy. Ebenda. (Hämaturie. Für grosse Tumoren Querschnitt empfohlen. Heilung.)
18. Enderlen, Adenosarkom der linken Niere. Würzburger Ärzteabend. Sitzg. vom 13. Dez. 1911. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 338. (Kindskopfgross, mit Colon descendens verwachsen, das mitentfernt wurde; zweijähriges Mädchen. Heilung.)
19. Fabien, R., Contribution à l'étude des tumeurs du rein chez l'enfant. Thèse de Paris. 1910/11. Nr. 174. (Vier Fälle, zwei operiert mit einem Operationstodesfall und einem Todesfall an Rezidiv; eine unvollendete Operation; 21 Fälle aus der Literatur.)
20. Fedorow, Fibrosarkom der Niere. Russ. urol. Ges. Sitzg. vom 31. März 1911. Zeitschrift f. Urol. Bd. 6. p. 147. (Exstirpation.)
21. *Fischer, W., und K. Murakami, Über eine Mischgeschwulst des Nierenbeckens. Virchows Arch. Bd. 208. Heft 2/3.
22. Flatau, Hypernephrom der linken Niere. Fränk. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 11. Nov. 1911. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 53.
23. Frattin, G., Contributo alla clinica dei tumori pararenali. Riv. Ven. di scienze med. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 330. (Grosses, den ganzen Leib füllendes Fibrosarkom des pararenalen Gewebes, durch Probelaparotomie festgestellt und dann auf lumbalem Wege entfernt.)
24. Freire, L., Cancro do rim. Brazil med. Bd. 26. Nr. 4. (Nierenkarzinom.)
25. Fullarton, S., Large tumour of right kidney. Glasgow Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 12. April. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 954. (Embryonales Adenosarkom, Nephrektomie, Heilung. Neunjähriges Kind.)
26. Furniss, H. D., Hypernephroma. New York Obst. Soc. Sitzg. vom 10. Okt. 1911. Amer. Journ. of Obst. Bd. 65. p. 300. (Lumbarschmerzen und Hämaturie; die Pyelographie ergab Verzerrung des Nierenbeckens; Kolloide. Degeneration des Hypernephroms am unteren Pol der rechten Niere, den grössten Teil derselben einnehmend.)
27. Garrow, A. E., und C. B. Kennan, A latent hypernephroma with a solitary metastasis in the spine. Med. Record. New York. Bd. 81. p. 153. (Hypernephrom am oberen Pol der rechten Niere mit Metastasen an der Wirbelsäule und Lähmung der unteren Körperhälfte.)

28. Gayet, Cancer du rein gauche. Soc. des sciences méd. de Lyon. Revue de Chir. Bd. 45. p. 680. (Niere weder vergrössert, noch schmerzhaft, aber blutend. Nephrektomie.)
29. Gibson, Hypernephroma associated with tuberculosis of the kidney. Med. Soc. of New York. Sitzg. vom 3. Mai. Med. Record. New York. Bd. 82. p. 458. (Nephrektomie, Heilung.)
30. Girou, Hypernéphrome. Soc. de Chir. Sitzg. vom 27. Nov. Gaz. des Hôp. Bd. 85. p. 1928. (Mit Metastase am Ellbogen.)
31. Goodman, Ch., Hypernephroma of the kidney. Med. Record. New York. Bd. 82. p. 1103. (Hypernephrom der linken Niere, deren Funktionsunfähigkeit durch die Phenolsulphonphthaleinprobe nachgewiesen wurde. Nephrektomie, Heilung.)
32. Harbitz, Hirnsklerose, Nierengeschwülste und Talgdrüsenangiome. Zentralbl. f. path. Anat. Bd. 23. Nr. 19. (Multiple Angiolipome der Niere mit den anderen Anomalien kombiniert, als Folgen gleichzeitiger in verschiedenen Organen auftretender Entwickelungsstörungen erklärt; 38jährige Frau.)
33. Hernaman-Johnson, Sarcoma of kidney treated by eight hours Röntgen-Ray exposure and subsequently by Radium Ionization. Med. Press. and Circ. Bd. 93. p. 343.
34. *Herxheimer, Über Tumoren der Nieren. Verein d. Ärzte Wiesbadens. Sitzg. vom 4. Sept. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 2102.
35. Hutchinson, W., Hypernephroma of kidney of particular interest. Amer. Journ. of Urol. Bd. 8. Nr. 7. (Zwei Fälle, einer mit Verkalkungen in der Geschwulst.)
36. Jeanbrau, E., und E. Etienne, Epithéliome papillaire du bassinet, néphrectomie lombaire. Guérison se maintenant depuis un an. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 235. (Schmerzlose Hämaturien seit 15 Jahren; kleinmandarinengrosses Papillom, ursprünglich gutartig, später bösartig geworden; Exstirpation.)
37. Imbert, Tumeur du rein; néphrectomie. incision de Grégoire. Soc. de Chir. de Marseille. Sitzg. vom 20. Mai. Revue de Chir. Bd. 46. p. 344. (Karzinom, durch lateralen Schnitt retroperitoneal exstirpiert.)
38. Kahn, Hypernephrom. Allgem. ärztl. Verein Köln. Sitzg. vom 4. Dez. 1911. Med. Klinik. Bd. 8. p. 79.
39. Kaposi, Zwei Tumoren der Niere. Chir. Ges. Breslau. Sitzg. vom 13. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 1348. (Zwei Hypernephrome, eines mit Ikterus und Schmerzanfällen, die als Gallensteinkoliken gedeutet wurden.)
40. König, Teratom der Niere mit Karzinom. Ärzteverein Marburg. Sitzg. vom 9. Nov. Med. Klinik. Bd. 8. p. 2050. (Vierjähriges Mädchen, Diagnose mittelst Kystoskopie und Ureterenkatheterismus.)
41. *Kostenko, M. T., Zur Kenntnis der Hypernephrome. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 112. Heft 4.
42. Kropeit, Nierenkarzinom. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 24. Okt. 1911. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 344. (Wegen Hämaturie, Schmerzen und Nichtsondierbarkeit des Harnleiters ursprünglich für Ureterstein gehalten; nach Ölinjektion kein Schatten mehr nachweisbar. Exstirpation.)
43. Langhoff, W., Zur Kasuistik der Mischgeschwülste der Niere im Kindesalter. Inaug.-Diss. München 1911. (1½jähriges Kind, schnell wachsende Geschwulst, in die die ganze rechte Niere aufgegangen ist; Haufen undifferenzierter Epithelzellen mit Bindegewebe und glatten Muskelfasern; glomerulusartige Bildungen und Anläufe zur Ausbildung von Harnkanälchen.)
44. Lavoipierre, Resultats de la néphrectomie pour cancer. Thèse de Lyon. 1911/12. Nr. 74. (20 Fälle aus der Klinik Rafins mit 35 % Operationsmortalität; 10 Operierte sind seit mehr als vier Jahren rezidivfrei.)
45. Leeser, F., Über einen Fall von Nierentumor; ein Beitrag zur Klinik der Grawitzschen Tumoren. Inaug.-Diss. München 1911. (Grosser, bis ins Becken herabreichender Tumor der rechten Niere von ausgesprochen papillär-adenomatösem Bau bei einer 63jährigen Frau. Hypernephrom; niemals Nierenblutungen. Transperitoneale Nephrektomie, Heilung.)
46. Le Fur, Tumeur pararénale prise pour un cancer de l'estomac; néphrectomie lombaire. guérison. Paris chir. Jan. (Grosser, sehr harter, mit der Niere verwachsener Tumor.)
47. Mc Carley, Saercoma of kidny in infants; report of case. Journ. of Oklahama State Med. Assoc. Bd. 5. Nr. 6.

48. Mancini, U., Fall von doppelseitigem primärem Nierentumor. Riv. Osped. Nr. 14. p. 650. (Einjähriges Kind mit Adenomyxo-Myosarkom beider Nieren.)
49. Marion, G., Evolution simultanée d'un cancer et d'une tuberculose sur le même rein. Journ. d'Urol. Bd. 1. p. 67. (Kaverne im unteren, Zylinderepithelkrebs im oberen Nierenpol; Tuberkulose diagnostiziert. Nephrektomie.)
50. Meyer, G., Ein Fall von Mischgeschwulst beider Nieren. Inaug.-Diss. München 1910. (Doppelseitiges Adenomyosarkom bei einem achtmonatigen Kinde; Sektionsbefund.)
51. *Meynadier, M., Contribution à l'étude des tumeurs primitives du bassinet et de l'uretère. Thèse de Montpellier. 1910/11. Nr. 111.
52. Miyata, Carcinoma cysticum simplex der Nieren. Med. Ges. Tokio. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 48.
53. Monsarrat, K. W., Papilliferous carcinoma of kidney. Liverpool Med. Inst. Sitzg. vom 15. Febr. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 492.
54. Morian, Kindskopfgrosses kleinzelliges Sarkom der rechten Niere. Ärztl. Verein Essen-Ruhr. Sitzg. vom 5. März. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 1156. (Exstirpation. Platzen der Wunde, Sepsis, Tod.)
55. Nürnberger, L., Tumor in der Kaninchenniere. Zieglers Beitr. z. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 52. Heft 3. (Adenosarkom.)
56. Oppel, Nierensarkom. Russ. urol. Ges. Sitzg. vom 31. März 1911. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 146. (Resektion des unteren Nierenpols.)
57. Parin, N. N., und V. A. Donskoff, Über kongenitale Mischgeschwülste der Niere. Charkowsky med. Journ. Bd. 12. p. 188. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 1. p. 432. (Mischgeschwulst aus muskulären, bindegewebigen und glandulären Elementen bei einem fünfjährigen Kinde.)
58. *Picot, G., Epithelioma papillaire du bassinet; hématonéphrose, greffes urétérales et vésicales. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 699.
59. Picqué, L., Sur la technique de l'exstirpation du cancer du rein. Bull. de l'assoc. franç, pour l'étude du cancer. Bd. 4. p. 364.
60. Pillet, Néoplasme du rein avec accès de goutte intercurrent. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 91. (Nierenblutungen; Zylinderepitheliom der Niere, Exstirpation, Exitus.)
61. Raubitschek, H., Über eine bösartige Nierengeschwulst bei einem kindlichen Hermaphroditen. Frankf. Zeitschr. f. Path. Bd. 10. Heft 2.' (Kein ursächlicher Zusammenhang zwischen beiden Zuständen.)
62. Rinne, Retroperitoneales Lipom. Freie Vereinig. d. Chir. Berlins. Sitzg. vom 13. Nov. 1911. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 388. (Bei der Exstirpation riss das hydronephrotische Nierenbecken ein; lumbale Nierenbeckenfistel durch Platzen der Nierenbeckennaht infolge Drehung der Niere und Verlegung des Ureters; richtige Lagerung der Niere und Nierenbeckennaht mit Ureterdauerkatheter; Heilung.)
63. Rodman, J. St., und E. A. Case, Sarcoma of the kidney with extensive metastasis in an infant. Pathol. Soc. of Philadelphia. Sitzg. vom 7. Nov. Med. Record. New York. Bd. 82. p. 1187. (17 Monate altes Kind, Freilegung der Niere ohne Möglichkeit der Entfernung. Metastasen besonders im Mesenterium.)
64. Robinson, G. C. F., Ruptured sarcoma of right kidney, smulating appendicular abscess. Practitioner. Bd. 89. Nr. 5.
65. Rosenstein, Nierensarkom. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 23. Jan. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 551. (Exstirpation, Tod nach sechs Monaten an Metastasen.)
66. *Rost, F., Zur Differentialdiagnose im primären Knochenepitheliom nebst Beitrag zur Histologie der Grawitzschen Tumoren. Virchows Arch. Bd. 208. Heft 1.
67. *Roth, H., Nephrectomy for hypernephroma. Med. Assoc. of the Greater City of New York. Sitzg. vom 4. März. New York Med. Journ. Bd. 96. p. 610.
68. Sauter, Grosses Nierensarkom. II. Tagung d. Vereinig. bayr. Chir. 6. Juli. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1978. (14 Monate altes Kind, Exstirpation.)
69. Schmidt, R., Interne Klinik der bösartigen Neubildungen der Bauchorgane. Berlin und Wien 1911. Urban u. Schwarzenberg. (Bespricht u. a. die bösartigen Geschwülste der Nieren.)
70. Schultze, W. H., Multiple Geschwülste beider Nieren. Ärztl. Kreisverein Braunschweig. Sitzg. vom 17. Febr. Med. Klinik. Bd. 8. p. 844. (Mesodermale Mischgeschwülste, Sektionsbefund.)
71. — Über tumorförmige Bildung myeloiden Gewebes im Nierenbeckenbindegewebe. Deutsche path. Ges. XV. Tagung. Strassburg. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 1061. (Bei Leukämie und Anaemia pseudoleucaemica.)

72. Sheffield, H. B., Sarcoma of the kidney. Med. Record. New York. Bd. 81. p. 258. (5—6 Pfund schwerer Tumor bei einem zweijährigen Kinde. Tod ohne Operation.)
73. Sonneberg, E., Ein Fall von Versprengung von Nebennierengewebe in den Papillenspitzen der Niere. Inaug.-Diss. München 1910. (Bis erbsengrosse, hypernephromartige Einsprengungen in den Spitzen der Markkegel.)
74. Stacy, H. S., Hypernephroma. Australas. Med. Gaz. Bd. 31. Nr. 21.
75. Stastny, J., Sur le papillome du bassin du rein. Casopis cesk. lék. Nr. 29. Ref. Zentralbl. f. inn. Med. Bd. 34. p. 320. (Nierenbeckenpapillom mit profuser Hämaturie. Exstirpation.)
76. Stevens, A. R., Pathologic lesions of the kidney associated with double ureters. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 59. p. 2298. (Vollständige Ureter- und Nierenbeckenverdoppelung rechts mit Entwickelung eines Hypernephroms in der unteren Hälfte der rechten Niere und Hämaturie aus dem zugehörigen Ureter. Exstirpation, Heilung.)
77. *Stierlin, E., Die Röntgendiagnose intraabdominaler Neubildungen aus der Verlagerung des Dickdarms. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1447.
78. Stöckel, W., Nierenkarzinom. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 11. Mai Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 607.
79. *Stüsser, F., Über die primären epithelialen Neubildungen des Nierenbeckens. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 80. p. 563.
80. Suter, F., Primäres Kankroid des Nierenbeckens mit Hydronephrose und Oxalatstein. Med. Ges. Basel. Sitzg. vom 23. Mai. Med. Klinik. Bd. 8. p. 1331.
81. Thorndike, P., Sarcoma of kidney. New England Branch of the Amer. Urol. Assoc. Sitzg. vom 28. Nov. 1911. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 167. p. 21. (Vierjähriges Kind.)
82. Thies, Zwei Grawitzsche Tumoren. Med. Ges. Giessen. Sitzg. vom 13. Febr. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 1012. (Exstirpation.)
83. Tietze, Hypernephrom. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur. Sitzg. vom 8. Nov. Med. Klinik. Bd. 8. p. 2049.
84. Tschmarke, Adenosarkom der Niere. Med. Ges. Magdeburg. Sitzg. vom 14. März. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1632. (Acht Monate altes Kind, 800 g schwerer Tumor. Exstirpation, vorläufige Heilung.)
85. *Vogelweid, Über einen seltenen Fall von pararenaler Geschwulstbildung. Freie Vereinig. d. Chir. Berlins. Sitzg. vom 12. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 976.
86. Wagner, P., Zur Kasuistik primärer doppelseitiger maligner Nierentumoren. Fol. urol. Bd. 6. p. 619. (Epinephrom der rechten Niere mit Metastasen und Spindelzellensarkom der Nierenkapsel links ebenfalls mit Metastasen.)
87. Wathen, W. H., Embryonic mixed tumor of kidney. Kentucky Med. Journ. Bd. 10. Nr. 20.
88. *Wilson, Note on the mesotheliomata (so-called hypernephromata) of the kidney. Annals of Surg. Bd. 55. p. 282.
89. Young, E. B., A case of hypernephroma of a displaced kidney, simulating an ovarial cyst. New England Branch of Amer. Urol. Assoc. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 167. p. 588. (Transperitoneale Operation; grosser Tumor des oberen Pols der linken Niere; Heilung.)

Stierlin (77) benützte zum Nachweis von Nierentumoren die durch Röntgendurchleuchtung nachweisbare Verlagerung des Dickdarms nach Darmeinlauf mit Baryt, eventuell auch nach Baryteinführung per os und zieht diese Methode der diagnostischen Aufblähung des Darms weit vor.

Kostenko (41) unterscheidet typische und atypische Hypernephrome, von denen die ersteren im Bau die grösste Ähnlichkeit mit der normalen Nebennierenrinde (helle, grosse, glasige, polygonale Epithelzellen) haben. In den atypischen Hypernephromen sind die an Grösse und Form verschiedenen Parenchymzellen verschieden gruppiert, es sind ferner drüsig-zystöse Bildung vorhanden und es besteht Neigung zu Zerfall, Degeneration des Stromas und zu Extravasaten; besonders sind die stets vorhandenen Riesenzellen charakteristisch.

Herxheimer (34) glaubt, dass Grawitzsche Tumoren aus der Nierensubstanz selbst hervorgehen können und erklärt die hellen Zellen und den Lipoidgehalt nicht als Beweise für den suprarenalen Ursprung. Vielleicht sind die Tumoren auf Reste einer früher gemeinsamen Anlage von Niere und Nebenniere zurückzuführen.

Rost (66) erklärt die Hypernephrome für Mischtumoren, die aus Nebennieren und Nierenelementen sich aufbauen. Die sonst fest an der bindegewebigen Grundlage haftenden Endotheliomzellen sind im Hypernephrom oft losgelöst vom Bindegewebe und innerhalb der Alveolen wirr durcheinander gelagert.

Roth (67) leitet die Entstehung der Hypernephrome von nephrogenem Gewebe ab und schlägt den Namen Mesotheliom dafür vor. Zwei Fälle werden mitgeteilt. In der Diskussion macht Kahn auf die durch Röntgendurchleuchtung ermöglichte Unterscheidung von Pyo- und Hydronephrose aufmerksam.

Wilson (88) führt die Grawitzschen Geschwülste nicht auf versprengte Nebennierenkeime. sondern auf Proliferation von Inseln restierenden nephrogenen Gewebes, aus dem sich die Nierensubstanz entwickelt, zurück und schlägt für sie den Namen Mesotheliome vor. Sie wachsen im Gegensatz zu den Teratomen erst bei Erwachsenen, besonders nach Trauma.

Meynadier (51) bezeichnet die primären Tumoren des Nierenbeckens und Ureters als klinisch bösartig, wie auch ihre anatomische Struktur sein möge, und erklärt daher die Exstirpation der Niere und des Ureters für geboten. Ausser den reinen Papillomen haben diese Geschwülste die Neigung zu rezidivieren. Ein Fall von papillomatösem, das ganze Nierenbecken ausfüllendem Tumor wird mitgeteilt; Nephrektomie, Heilung.

Picot (58) entfernte eine grosse Hämatonephrose mit vollständiger Zerstörung des Nierengewebes infolge von Papillomen des Nierenbeckens. die seit sieben Jahren Blutungen bewirkt und anfangs gutartig, sich später in bösartige verwandelt hatten. Sekundäre, ebenfalls bösartige Papillome fanden sich im Anfangsteil des Ureters und an der Blasenmündung des letzteren, ausserdem Metastasen in den Lumbaldrüsen.

Stüsser (79) unterscheidet gutartige und bösartige Papillome und epitheliale Geschwülste des Nierenbeckens und teilt einen Fall der letzteren Art, der für Ovarialzyste gehalten wurde, mit, der nach Exstirpation zu Metastasen in den lumbalen Drüsen, im Trochanter und in der Leber führte. Als Disposition für Karzinome werden Nierenbeckensteine angeführt. 60 Fälle aus der Literatur wurden gesammelt.

Alezais und Peyron (2) wiesen bei Nierensarkomen und in den jüngeren Gewebselementen der Hypernephrome peritheliales Gewebe nach.

Bendell (6) bezeichnet die fälschlich sogenannten Sarkome der Niere im Kindesalter nicht als Sarkome, sondern als embryonale Mischgeschwülste. Sie zerstören die Marksubstanz, während die Rinde weniger verändert wird und machen erst Metastasen, wenn sie die Kapsel durchbrochen haben. Sie sind so früh als möglich zu operieren.

Bossart (8) bezeichnet das fibromuskuläre Gewebe als einen typischen Bestandteil embryonaler und demnach hypoplastischer Nieren, und zwar der Marksubstanz, wo die sich entwickelnden geraden Kanälchen das fibromuskuläre Gewebe aufbrauchen. Die Geschwülste der Niere, welche glattes Muskelgewebe enthalten, werden demnach auf embryonale Entwickelungsstörungen der Niere selbst und nicht auf die Urniere zurückgeführt, ebenso die Zystennieren und manche Fälle von Steinbildung, deren Entstehung auf die abnorme Zusammensetzung des Harns in hypoplastischen Nieren erleichtert wird. Die Entstehung von quergestreiften Muskelfasern in den embryonalen Adenosarkomen und Rhabdomyomen wird durch Metaplasie glatter Muskelfasern erklärt.

Fischer und Murakami (21) beschreiben eine das ganze Nierenbecken ausfüllende, aus Binde- und Fettgewebe, glatter Muskulatur und drüsigen Elementen zusammengesetzte Geschwulst in der hydronephrotischen Schrumpfniere eines 16jährigen Mädchens.

Vogelweid (85) beschreibt ein 55 Pfund schweres Fibrolipom an der Vorderfläche der fibrösen Nierenkapsel links mit sarkomatöser Entartung. Vergeblicher Versuch der Exstirpation, Exitus.

13. Parasiten der Niere.

1. Bröse, Nierenechinococcus. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. vom 14. Juli 1911. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. p. 296. (Linkerseits, für ein Rezidiv eines Ovarialtumors gehalten; transperitoneale Nephrektomie, Heilung.)
2. Cohn, Aktinomykose der Niere. Verein f. wissenschaftl. Heilk. Königsberg. Sitzg. vom 6. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 1253. (Erkrankung seit 15 Jahren. zuletzt Pyurie, Besserung durch Jodkalium, schliesslich Exitus, keine Sektion.)
3. Gabszewicz, Nierenechinococcus. Prezegl. lek. 1911. Nr. 28. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 549. (Abgang von Blasen, Nephrotomie, Tamponade, Heilung.)

4. Leighton, W. E., und B. Lewis, Echinococcus cyst of kidney. Amer. Journ. of Urol. Bd. 8. Nr. 2. (Ein Fall von Nephrektomie mit Exitus; nur 11 Fälle von Nierenechinokokken in Nordamerika waren zu ermitteln.)
5. Loumeau, E., Gros kyste hydatique du rein guéri par la néphrectomie partielle. Gaz. hebdom. des Scienc. méd. de Bordeaux. p. 38. (Heilung.)
6. Loumeau und Brandeis, Hémato-chylurie filarienne. Soc. de Méd. et Chir. de Bordeaux. Sitzg. vom 25. Okt. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 42. p. 716. (Filarien im Harn nachweisbar.)
7. Loumeau, E., J. Sabrazès und L. Muratet, Echinococcose rénale à forme clinique et anatomique très particulière chez un enfant de onze ans. Gaz. hebdom. des Sciences méd. de Bordeaux. p. 231. (Spontanabgang von Blasen, Nephrektomie. In der Niere adenomatöse Bildungen aus den Harnkanälchen und Anhäufung von eosinophilen Zellen.)
8. Nicolich, Kyste hydatique du rein ouvert dans l'intestin. Journ. d'Urol. Bd. 2. p. 843. (Nephrotomie; die Blasen sassen im unteren Pol der rechten Niere.)
9. De Sarto, Su di un caso di cisti idatidea del rene destro svuotatasi nel bacinetto. Giorn. di med. mil. Bd. 60. Nr. 6. (Spontane Entleerung von Tochterblasen unter heftigen Schmerzen.)

Nachtrag.

Allgemeines über Laparotomie.

1. Candia, F., Sul drenaggio addominale. (Über die Bauchdrainage.) Atti della Soc. Ital. di Ostetr. e Ginec. Vol. 18. (Artom di Sant' Agnese.)

Sonstiges Allgemeines.

1. Acconci, G., La rachianestesia tropococainica in Ginecologia. (Die Tropokokain-Rachianästhesie in der Gynäkologie.) Folia Gyn. Pavia. Vol. 7. Fasc. 2. p. 231. (Verf. berichtet über 203 Tropokokainanästhesien, die in der Klinik zu Pavia ausgeführt wurden und behauptet, dass unter Anwendung der nötigen Kautelen und einer geeigneten Technik die Rachianästhesie mittelst Tropokokain in der Gynäkologie ein sehr nützliches anästhetisches Mittel darstellt, das verdient, eine grössere Verbreitung zu finden als dies bisher der Fall war.) (Artom di Sant' Agnese.)
2. Alfieri, L' azione terapeutica del bagno di aria calda nel campo ginecologica. (Die therapeutische Wirkung des Heissluftbades auf dem gynäkologischen Gebiete.) Atti Soc. Ital. Ostetr. e Gin. Vol. 18. (Verf. teilt 109 Fälle mit. Das heisse Luftbad ist eines der aktivsten Mittel zum Hervorrufen einer schnellen Resorption der Entzündungsprodukte, die nach bereits erloschenen Affektionen des Bindegewebes und des Beckenperitoneums, der Gebärmutteradnexe und der Umgebung derselben zurückbleiben. Es beugt in vielen Fällen schweren Eingriffen vor, bisweilen dient es dazu, spätere Eingriffe vorzubereiten oder zu erleichtern. Ferner ist es von Nutzen, um die Beckenzirkulation anzuregen und zur Heilung schmerzhafter Affektionen in der Beckengegend.) (Artom di Sant' Agnese.)
3. Artom di Sant' Agnese, Paralisi dell' abducente da rachianestesia novocaino-adrenalinica. (Paralyse des Abducens durch Novokain-Adrenalin-Rachianästhesie.) Rivista Osped. IV. 22. Rom. (Artom di Sant' Agnese.)
4. Caruso, F., Il quadriennio scolastico 1907—1911. Rendiconto clinico. (Vier Schuljahre 1907—1911. Klinischer Bericht.) Rassegna di Ostetr. e Ginec. Anno XXI. Nr. 4. (Artom di Sant' Agnese.)
5. Fornero, A., L' acetonuria in ginecologia. (Die Azetonurie in der Gynäkologie.) Folia Ginec. Fasc. 2. p. 279. (Verf. stellt in Abrede, dass die Azetonurie in der Gynäkologie, mit Ausnahme der postoperatorischen Formen, für einige Affektionen patho-

gnomonisch sei. Sie deutet uns die Möglichkeit einer eitrigen peritonealen, nicht eingekapselten, sondern freien Ansammlung auf dem Wege der Resorption an, sei dieselbe eine Blut- oder eine Eiteransammlung. Da sie mit der Resorption der Eiteransammlungen in Verbindung steht, wäre sie der Index einer guten Prognose, da sie in Fällen von plastischen Exsudaten nicht angetroffen wird.) (Artom di Sant' Agnese.)

6. Ghezzi, A., Rendiconto statistico del 1911 dell' O. P. Guardia Ostetrica di Milano (Statistischer Bericht über das Jahr 1911 der Guardia Ostetrica zu Mailand.) Arte Ostetr. Milano. Anno XXVI. p. 305. (Artom di Sant' Agnese.)
7. Perazzi, P., La disinfezione della vagina con la tintura di iodio studiato dal punto di vista batteriologico. (Die Scheidendesinfektion mittelst Jodtinktur, studiert vom bakteriologischen Standpunkte aus.) Folia Gin. Pavia. Vol. 7. Fasc. 3. (Auf Grund seiner klinischen und bakteriologischen Untersuchungen erklärt Perazzi die Nützlichkeit des systematischen Gebrauches des Jodalkohols, bei allen Eingriffen in dem vulvovaginalen Gebiete, da er in der 2,5 %igen Lösung eine starke bakterientötende Wirkung wahrgenommen hat. Ebenso zeigt sich das Jodbenzin zu 5 % als ein Desinfiziens der Vulva und der Scheide, vereint mit einer energischen, bakterientötenden Wirkung und der Eigenschaft, nicht das unangenehme Gefühl des Brennens zu verursachen.) (Artom di Sant' Agnese.)
8. Prampolini, Il „Pilolo" in Ginecologia. (Das „Pilolol" in der Gynäkologie.) La Ginec. Firenze. IX. 14. (Das „Pilolol" in 10 %igen oder 5 %igen Glyzerinlösungen ist wirksamer als das Ichthyol, besonders bei alten Adnexitiden und bei der Erosion der Portio.) (Artom di Sant' Agnese.)
9. Santoro, I principi, la tecnica ed i risultati della trasfusione del sangue con il metodo americano. Prime contribuzioni cliniche personali. (Das Wesen, die Technik und die Resultate der Bluttransfusion nach der amerikanischen Methode. Persönliche klinische Beiträge.) Atti della Soc. Ital. di Ostetr. Ginec. Vol. 18. (Verf. führte zweimal die direkte Bluttransfusion von der Art. radialis auf die Vena mediana cephalica mittelst der Technik von Crile-Elsberg aus. Die Resultate waren ausgezeichnet.) (Artom di Sant' Agnese.)

Erkrankungen des Uterus.

1. Entwicklungsfehler.

1. Rosengreen, P., Et Tilfelde af Haematokolpos. (Ein Fall von Hämatokolpos.) Ugeskrift for Laeger. Nr. 37. p. 1317—1318. (O. Horn.)

3. Entzündungen.

1. *Kjargaard, S., Endometrieundersögelser. De histologiske Forandringer ved benigne Lideller af Endometrium corporis. (Endometrieuntersuchungen. Die histologischen Veränderungen bei benignen Affektionen von Endometrium corporis.) Habilitationsschrift. Kopenhagen. 216 p. 23 Abbildungen. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn., sowie deren Grenzgebiete. Mai 1913. (O. Horn.)
2. Meyer, Leopold, Endometritis glandularis cystica. (Demonstration von mikroskopischen Präparaten.) Ges. f. Gyn. u. Obst. 6. Dez. 1911. Ref. Ugeskr. for Laeger. p. 1334. (70jährige Frau mit Blutungen.) (O. Horn.)

Kjargaard (1) hat in einer grossen, sorgfältigen und selbständigen Arbeit das Resultat einer an 211 Patienten, speziell mit diagnostischen Zwecken im Auge, vorgenommenen Untersuchungen der Uterinschleimhaut niedergelegt.

Die zyklischen Veränderungen findet er wesentlich wie von Hitschmann und Adler beschrieben.

Die pathologischen Drüsenveränderungen teilt er wie folgt ein: 1. Hypertrophia irregularis glandularis. 2. Subinvolutio mucosa menstr. 3. Hyperplasia glandularis simplex. 4. Polypen. 5. Endometritis chron. et subchron.

Besonderes Interesse hat der Verf. der Hypertrophia irregularis

glandularis gewidmet. Anstatt eines Aussehens entsprechend irgend einer Phase der zyklischen Umbildungen ist diese Form durch ungleichmässige, vermischte Drüsenformen und Ektasien charakterisiert; die meisten Ektasien mit hohem Epithel. Diese Veränderungen sind bisweilen mit Entzündung kombiniert, werden jedoch nicht dadurch verursacht; ihre Ursache ist in den höheren Organen (Ovarien, Myometrium) zu suchen.

Eigentümlich für diese Veränderungen ist es, dass solche nur bei Patienten mit unregelmässigen Blutungen auftreten, welche öfters längere Zeit kontinuierlich andauern und sehr oft von einer Amenorrhoeperiode eingeleitet werden; nach Ausschaben rezidivieren solche fast immer — sei es sogleich oder nach einer Amenorrhoeperiode oder nach einiger Zeit regelmässiger Menstruation. Der Nachweis dieser Schleimhautveränderungen indiziert demnach eine andere Therapie als das Ausschaben. Das Leiden tritt am häufigsten im Alter von 35—40 Jahren auf.

Subinvolutio mucosae menstr. ist dadurch gekennzeichnet, dass das präpostmenstruelle Umbildungsstadium abnormal spät eintritt (8—9 Tage nach Beginn der Menstruation und später), so dass man zu dieser Zeit prämenstruelle Drüsenformen oder Reste davon zusammen mit postmenstruellen Drüsen vorfindet. Klinisch gibt sich dieses Leiden durch lang andauernde, mehr oder minder unregelmässige Blutungen zu erkennen, welche wahrscheinlich kaum auf Schleimhautveränderungen als solche, sondern möglicherweise auf Veränderungen in dem Myometrium oder den Ovarien zurückzuführen sind. Nach Ausschaben hielten sich einige rezidivfrei, während andere wieder abnorme Blutungen bekamen.

Dann erwähnt Verf. Hyperplasia gland. simpl., welche ausschliesslich in einer quantitativen Veränderung der Drüsen besteht.

Was die Polypen betrifft, lässt sich, meint Verf., das Vorstadium derselben zuweilen unter dem Mikroskop erkennen.

Schliesslich erwähnt er die chronische und subchronische Endometritis, deren bestes Kennzeichen der Nachweis von Plasmazellen bildet.

Hieran schliessen sich eine Reihe Krankenjournale mit eingehender Beschreibung der mikroskopischen Bilder, ferner Zeichnungen und Mikrophotographien.

(O. Horn.)

XIII.

Entwickelungsgeschichte und Anatomie der weiblichen Genitalien einschliesslich der Plazentation.

Referent: Prof. Dr. Robert Meyer, Berlin.

1. Acconci, Gino, Di alcune fini particolarità di struttura della mucosa uterina, della decidua e dell' uovo. Folia Gyn. Vol. 7. Fasc. 1. p. 25.
2. *Arnold, L., Adult human ovaries with follicles containing several oocytes. The Anat. Record. Vol. 6. Nr. 11. p. 413.
3. Artom, Cesare, Analisi comparativa della sostanza cromatica nelle mitosi di maturazione e nelle prime mitosi di segmentazione dell' uovo dell' Artemia sessuata di Cagliari (univalens) et dell' uovo dell' Artemia partenogenetica di Capodistria (bivalens). 3 Taf. Arch. f. Zellforsch. Bd. 7. Heft 2. p. 277—295. 1911.

4. v. Arx, Der Mechanismus des Beckenbodens und des Uterus. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. München 1911. p. 583.
5. Athias, M., Sobre as divisones de maturacao do ovulo dos Mammiferos. Traduction franç. de la partie originale de cet ouvrage dans les Archivos do Instituto Bacteriologico Camara Pestana. Lisbonne. (Lisboa 1911).
6. Benedetto, Alcardo, Sopra la struttura e la funzione del sacco vitellino. Ann. Fac. di Med. di Perugia. Ser. 4. Vol. 1. Fasc. 1/2. p. 43.
7. v. Berenberg-Gossler, Geschlechtszellen und Körperzellen im Tierreich. Vortrag. Jena, G. Fischer. 22 p. (19. Heft der Sammlung anatomischer und physiologischer Vorträge und Aufsätze, herausgegeben von Gaupp und Trendelenburg.)
8. — — Über gitterkapselartige Bildungen in den Urgeschlechtszellen von Vogelembryonen. Anat. Anz. Nr. 21/22. Bd. 40. p. 587.
9. *Bergschicker, A., Die Müllerschen und Wolffschen Gänge und die Bildung des weiblichen Genitaltraktus beim Rind. Arch. f. Anat. u. Physiol. Anat. Abt. Heft 1 u. 2.
10. Bonnet, R., Lehrbuch der Entwickelungsgeschichte. Zweite, neubearbeitete Auflage. Mit 377 Textabbildungen. Berlin bei P. Parey. (Durch zahlreiche neue Abbildungen und Erweiterung des Textes hat dies Lehrbuch noch gewonnen.)
11. Bouin, P., et P. Ancel, Sur l'évolution de la glande mammaire pendant la gestation. Déterminisme de la phase glandulaire gravidique. Note prél. Compt. rend. Soc. biol. Tome 72. Nr. 4. p. 129.
12. — — Glande mammaire et corps jaune. Presse méd. 1911. Nr. 55. p. 577.
13. Bordas, L., Morphologie et structure histologique des tubes de Malpighi des insectes.
14. Boerma, Ein junges menschliches Ei der zweiten Woche. Verhandl. d. VI. Internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. Berlin. p. 772. (Die Eihöhle von $2\frac{1}{2} \times 3 \times 6$ mm enthält einen 3 mm langen Embryo; im intervillösen Raum kein Blut, sondern klare Flüssigkeit; die Eikammer mit Endothel bekleidet.)
15. Branca, A., Sur le développement morphologique de la vésicule ombilicale chez le murin. Compt. rend. Acad. Sc. Tome 155. Nr. 24.
16. — Sur l'histologie de la vésicule ombilicaire humaine. Compt. rend. Assoc. Anat. Rènnes. p. 15. 14. Réun.
17. — Sur deux vésicules ombilicales jeunes. Compt. rend. Soc. Biol. Paris. Tome 72. Nr. 12. p. 1489.
18. Brauns, Fr., Die Entstehung der Nährzelle und die Bedeutung derselben für das wachsende Ei bei Forficula auricularia L. Sitzungsber. d. nat. Ges. zu Rostock und Monographie bei Warkentien in Rostock.
19. Van den Broek, A. J. P., Zur Kasuistik junger menschlicher Embryonen. Anat. Hefte. I. Abt. 1911. Heft 133. (Bd. 44. Heft 3).
20. Chappellier, A. La segmentation parthénogénétique de l'oeuf des hybrides: Canard domestique (Anas boschas). ♂ × Canard de Barbaire (Cairina moschata) ♀. Compt. rend. Soc. Biol. Tome 72. Nr. 23. p. 1510.
21. — La cicatricule de l'oeuf dans le croissement. Compt. rend. Assoc. franç. pour l'avanc. d. Sc. 40 Sess. Dijon 1911. p. 541.
22. Chauffard, A., Laroche, Guy et Grigant A., Fonction cholésterinigénique du Corps jaune; preuves histologiques. Compt. rend. Soc. Biol. Paris. Tome 72.
23. Chirié, J. L., Le corps jaune. L'obst. Tome 41. 1911. Nr. 5. p. 525. Nr. 6. p. 596.
24. Ciulla, M., L'ovaio in gravidanza e puerperio. Ricerche istologiche ed istochimiche. Torino, Paravia & Co. 1911. 55 p.
25. Pol Coryllos, Corpuscules de Vater Pacini dans la trompe utérine. Rev. d. Gyn. et Chir. abd. Tome 18. p. 257. (Fand drei Pacinische Körperchen in der peripheren Muskelschicht der Tube.)
26. Le Damany, Caractères du bassin chez les enfants nouveau-nés. Compt. rend. Assoc. Anat.
27. Debeyre, A., Vésicule ombilicale d'un très jeune embryon humain. Compt. rend. Soc. Biol. Paris. Tome 72. Nr. 12. p. 486.
28. *Delporte, Fr., Contribution à l'étude de la Nidation de l'oeuf humain et de la physiologie du Trophoblaste. Bruxelles bei H. Lamertin.
29. Derry, D. E., The influence of sex on the position and composition of the human sacrum. Journ. An. Phys. Vol. 46. (Zuweilen hat das Os sacr. beim Weibe, wie bei anderen Säugern Verbindung durch drei Wirbel [statt zwei] mit dem Os ilei und besteht dann stets aus sechs, statt fünf Wirbeln.)

30. O'Donoghue, Chas. H., The Growth-Changes in the mammary Apparatus of Dasyurus and the Relation of the Corpora lutea thereto. Quart. Journ. microsc. Sc. N. S. Nr. 226. (Vol. 57. Pt. 2.) p. 187.
31. — The corpus luteum in the non-pregnant Dasyurus and polyovular follicles in Dasyurus. Anat. Anz. Bd. 41. Nr. 13. p. 353.
32. *Duesberg, J., Plastosomen, „Apparato reticolare interno" und Chromidialapparat. Ergebn. d. Anat. u. Entwickl. Bd. 20. p. 567.
33. Dustin, A. P., A propos de l'origine des Sex-cells. Réponse à B. M. Allen. Anat. Anz. Bd. 40. Nr. 8/9. p. 250.
34. Mac Elroy, The development of the Germ cells in the Mammalian Ovary, with special reference to the Early Phases of Maturation. Proc. Royal Soc. Edinburgh Sess. 1910/11. Vol. 31.
35. Engelhorn, Über Schilddrüsenveränderungen in der Schwangerschaft. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. München 1911. p. 675.
36. Fauré-Fremiet, Un appareil de Golgi dans l'oeuf de l'Ascaris megalocephale. Réponse à M. A. Perroneito. Bull. Soc. Zool. de France. Tome 37. Nr. 4. p. 135.
37. Fischel, A., Über die Differenzierungsweise der Keimblätter. Arch. f. Entw.-Mech. 1910. Bd. 30. Teil II. Festschr. f. Roux.
38. Flesch, Karl, Über Glykogenanhäufung in der menschlichen Plazenta. Zentralbl. f. Gyn. Jahrg. 36. Nr. 16. p. 507.
39. Foot, K., and E. C. Strobell, Amitosis in the Ovary of Protenor belfragei and a Study of the Chromatin Nucleolus. With plates. VII—XX. Arch. f. Zellforsch. Nr. 7. p. 190—230. 1911.
39a. Forsell, O. J., Zur Kenntnis des Amnionepithels in normalem und pathologischem Zustand. Arch. f. Gyn. Bd. 96. Heft 3. p. 436.
40. *Frank, Robert T., The Function of the Ovary. Studies in Cancer, Pathology.
41. Fraenkel, L., Glande endocrine myometriale. Verhandl. d. VI. Internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. Berlin. p. 772. (Fraenkel fand bei einem Kaninchen die von Ancel und Bouin beschriebene „Drüse" (?) in der Uteruswand unter der Plazenta; sie ist nicht konstant.)
42. Fuss, A., Über die Geschlechtszellen des Menschen und der Säugetiere. Arch. f. mikrosk. Anat. Bd. 81. Heft 1. Abt. 2. p. 1—23.
43. Giltscher, A., Histogénèse des cellules à luteine du corps jaune de la femme. Verhandl. d. VI. Internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. Berlin. p. 791. (Giltscher demonstriert ein jugendliches Stadium des Corpus luteum, zum Beweise der Entstehung des Luteinsaumes aus dem Granulosaepithel.)
44. Givkovitch, Larko, et G. Ferry, Sur les rapports de l'ovulation et de la menstruation. Compt. rend. Soc. Biol. Paris. Tome 72.
45. Goldschmidt, Richard, Kleine Beobachtungen und Ideen zur Zellenlehre. I. Akzessorisches Chromosom und Geschlechtsbestimmung. Arch. f. Zellforsch. Bd. 6. p. 19—39. 1911.
46. *Graul, Beiträge zur Frage des sogenannten unteren Uterinsegmentes. Diss. Göttingen 1911.
47. Guicciardi, Guiseppe, Appunti di istologia ostetrica. Ghiandole di Opitz-Cisti intraplacentare. Folia Gyn. Vol. 7. Fasc. 1. p. 1—24.
48. Gunn, T. C., On the Presence of two ovaries in certain British Birds more especially the Falconidae. Proc. Zool. Soc. London. P. 1. S. 63.
49. Gurrieri, Raffaello, L' imene in medicina legale. Bologna, Zanichelli. 108 p.
50. Gutherz, S., Eine Hypothese zur Bearbeitung des Problems der Geschlechtsdifferenzierung bei Metazoen. Sitzungsber. Ges. Naturf.-Freunde. Berlin. Nr. 3.
51. Hahn, Situs viscerum am Ende der Schwangerschaft. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. München 1911. p. 430.
52. Hansemann, S. v., Über den Kampf der Eier in den Ovarien. Arch. f. Entw.-Mech. d. Organismen. Bd. 35. Heft 2.
53. Hauptmann, Emil, Über den Bau des Nabelstranges beim Pferde, mit besonderer Berücksichtigung der natürlichen Risstelle. Arch. f. Anat. u. Physiol. Anat. Abt. Jahrg. 1911. Heft 3. p. 105.
54. *Hauswaldt, H., Zur Frage der Entstehung des Corpus haemorrhagicum. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 1. p. 25. Inaug.-Diss. Freiburg.
55. *Heckner, Fr., Beiträge zur Anatomie des Gefässverschlusses post partum. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. Heft 2. p. 273.

56. Hofbauer, Demonstration eines jungen Eies in situ. Präparat und Abbildungen eines Falles von puerperaler Uterusinversion. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. München 1911. p. 452.
57. Hofstätter, R., Unser Wissen über die sekundären Geschlechtscharaktere. Zusammenfassendes Übersichtsreferat. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 16. Nr. 2/3.
58. *Huguenin, B., Über den Fettgehalt des Sarkoplasmas der glatten Muskelfasern des schwangeren und puerperalen Uterus. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 8. Jahrg. 59. p. 414.
59. *Jägerroos, B. H., Zur Kenntnis der Veränderungen der Eileiterschleimhaut während der Menstruation. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. Heft 1. p. 28.
60. Janosik, S., Die Entwickelung des Nierenbeckens beim Menschen. Arch. f. mikr. Anat. 1911. Bd. 78. Festschr. f. Waldeyer.
61. Jastirebow, Plexus cervicalis uteri. Anatomische und experimentelle Daten zum Studium seiner Beziehung zum Uterus und den Ovarien. Journ. akusch. i shensk. bol. Jan. Sitzungsber. d. geb.-gyn. Ges. zu St. Petersburg. (H. Jentter.)
61a. Iwanoff, Die Muskulatur der Mutterbänder in Verbindung mit der Anordnung der Muskelfasern in der Gebärmutter selbst. Arch. f. Anat. u. Physiol. 1911. Anat. Abt. Heft 4/6. p. 243.
62. *Kalima, T., Über den sog. weissen Infarkt der Plazenta. Mitteil. aus der gyn. Klinik von Engström. Bd. 10. Heft 1. Berlin.
63. Kautzsch, Über Auftreten und Teilungen abnorm grosser zweiter Richtungskörper. Verhandl. d. deutsch. zool. Ges. 20. u. 21. Versamml. 1910 u. 1911. p. 215—219.
64. *Kannegiesser, N. S., Zur Lehre über normale und pathologische Anatomie der Nachgeburt. (Sammlung von Arbeiten über die Geburtshilfe und Gynäkologie.) Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24.
65. Kermauner, Fritz, Genese, entwickelungsgeschichtliche und teratologische Bedeutung des Ligamentum rotundum uteri und des Gubernaculum Hunteri. Arch. f. mikrosk. Anat. Bd. 81. Heft 2. Abt. 1. p. 174—184.
66. Kleinhans, Demonstration eines jungen menschlichen Eies. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. München 1911. p. 456.
66a. Kopsch, F., Die Entstehung des Dottersackentoblast und die Furchung bei der Forelle. (Salmo fario.) Arch. f. mikr. Anat. 1911. Bd. 78. Festschr. f. Waldeyer.
67. Kostanecki, K., Experimentelle Studien an den Eiern von Mactra. Bull. Acad. Sc. Cracovie. Cl. sc. mat. et nat. Sér. B. Sc. nat. Mars 1911. p. 146—161.
67a. Kreidl, A., und A. Neumann, Über eine gesetzmässige Abhängigkeit der Grössenverhältnisse der Feten vom Orte der Anheftung im Uterus bei multiparen Tieren. Akad. Anz. Wien 1911. Bd. 48 u. Sitzungsber. Wien. Akad. III. Abt. Bd. 120. 1911.
68. Krüger, P., Beiträge zur Kenntnis der Oogenese bei Harpacticiden, nebst biologischen Beobachtungen. Arch. f. Zellforsch. Bd. 6. Heft 2. 1911.
69. Lafaix, M., Contribution à l'étude de la fécondation chez les Mammifères. Thèse de méd. Paris 1911.
70. *Liepmann, W., Atlas der Operationsanatomie und Operationspathologie der weiblichen Sexualorgane, mit besonderer Berücksichtigung des Ureterverlaufes und des Suspensions- und Stützapparates des Uterus in 35 Tafeln. Berlin bei Hirschwald.
70a. Liepmann, W., Eine Bauchfellduplikatur zwischen dem Mesosigmoideum und dem weiblichen Geschlechtsapparat: das „Ligamentum infundibulo-colicum". Arch. Path. Anat. Bd. 207. Heft 3.
71. Loeb, L., Beiträge zur Analyse des Gewebewachstums. IV. Über den Einfluss von Kombinationsreizen auf das Wachstum des transplantierten Uterus des Meerschweinchens. Arch. f. Entw.-Mech. 1911. Bd. 31.
72. Loeb, Jacques, Auf welche Weise rettet die Befruchtung das Leben des Eies? Arch. f. Entw.-Mech. Organ. Bd. 31. Heft 4. p. 658—668. 1911.
73. Longley, The Maturation of the Egg and Ovulation in the domestic Cat. Amer. Journ. of Anat. Vol. 12. 1911. Nr. 2. p. 139.
73a. Lubecki, Über den histologischen Bau der Geschlechtsgänge bei Helix pomatia. C. R. Soc. Scient. Varsovie. V. Nr. 1.
74. Lubosch, Über den gegenwärtigen Stand der Lehre von der Eireifung. Verhandl. d. Anat. Ges. zu München. (Knapp gehaltenes, aber sachlich erschöpfendes Referat.)
75. Majocchi, Domenico, Sopra alcune varietà del frenula prepuziale sopranumerario.

Rendic. d. R. Acad. d. Sc. d. Ist. di Bologna in Bull. d. Sc. med. Anno 82. 1911. Fasc. 8. p. 525.
75a. Mark, E. L., und J. A. Long, Die Reifung der Eier der Maus. Verhandl. des 8. internat. Zoolog.-Kongr. Graz 1910. Erschienen Jena. 1912. p. 401.
76. Mauclaire et Eisenberg-Paperin, Les ovaires surnuméraires. Arch. gén. de chir. Année 5. 1911. Nr. 7. p. 755.
76a. Meisenheimer, J., Experimentelle Studien zur Soma und Geschlechtsdifferenzierung. 2. Beitrag. Über den Zusammenhang zwischen Geschlechtsdrüsen und sekundären Geschlechtsmerkmalen bei Fröschen. Jena, Fischer. 28 p. (Aus Festschr. zum 60. Geb. J. Spengel.)
77. *Meyer, R., Zur normalen und pathologischen Bildung der Knochenkerne des Beckens; ektopische Kalkimprägnation. Anat. Anz. Bd. 42. Nr. 1. p. 18.
78. Meyer-Ruegg, Junge menschliche Eier. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. München 1911. p. 452.
79. Moraller, F., und E. Hoehl, Atlas der normalen Histologie der weiblichen Geschlechtsorgane, unter Mitwirkung von Rob. Meyer. Leipzig, Barth. XI. p. 57.
80. *Moritz, E., Zur Frage des Epithels im Isthmus uteri. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5.
81. Mulon, P., A propos de la note de A. Branca et Lelièvre. Les cellules conjonctives du corps jaune chez la femme. Bibliogr. anat. Tome 22. Fasc. 1. p. 46.
82. Newman, H. H., The Ovum of the nine-banded Armadillo. Growth of tue Ovocytes, Maturation and Fertilization. Biol. Bull. Marine biol. Labor. Woods Hole. Mass. Vol. 23. Nr. 2. p. 100—140.
83. Norberg, J., Beiträge zur Kenntnis des Dottersackes bei menschlichen Embryonen der dritten und fünften Woche. Anat. Hefte. Beitr. u. Referate zur Anatomie u. Entwickelungsgeschichte. Abt. I. Heft 137. (Bd. 45. Heft 3.) (Die physiologische Funktion des Dottersackes des Menschen hat während der ersten Entwickelungszeit einen Regulator für den Mechanismus des Körpers auszumachen; d. h. der Dottersack steht im Dienste der inneren Sekretion.)
84. *Obata, J., Die Knochenkerne des fetalen menschlichen Beckens. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. Heft 3. p. 533.
85. Payne, Fernandus, A further Study of the Chromosomes of the Reduviidae. 2. The Nucleolus in the young Oocytes and Origin of the Ova in Gelastocoris. Journ. of Morphol. Vol. 23. Nr. 2. p. 331—347.
86. Petit-Dutaillis, P., *Introduction à l'étude de la topographie pelvienne. La gyn. 15 Année. Nr. 8. p. 468. Août 1911.
87. Pohlman, Augustus G., The Development of the Cloaca in human Embryos. Amer. Journ. of Anat. Vol. 12. Nr. 1. p. 1.
88. Popoff, Nicolas, Le tissu interstitiel et les corps jaunes de l'ovaire. Arch. de Biol. Tome 26. Fasc. 3/4. p. 483.
89. Retzius, E., Der Reifungsprozess der Eier bei den Asteriden. Biol. Untersuchungen. Bd. 16. p. 7—20. 5 Taf. 1911.
90. — Untersuchungen über den Bau und die Entwickelung der Eier von Ascaris megalocephala in der Periode vor und nach dem Befruchtungsakt und mit besonderer Berücksichtigung des Verhaltens der Chromosomen zur Ehrlich-Biondi-Färbung. Biol. Untersuch. Bd. 16. p. 21—40. 8 Taf. 1911.
91. Riddle, Oskar, On the Formation, Significance and Chemistry of the White and Jellow Yolk of Ova. 3 Taf. u. 1 Fig. Journ. Morphol. Vol. 21. Nr. 1. p. 455—491. 1911.
91a. — A case of Yolk formation not connected with the production of Ova. Biol. Bull. Vol. 22. Nr. 2.
92. Rouvière, H., Quelques recherches sur les lymphatiques du clitoris. Ann. de Gyn. et d'Obst. 39 Année. Sér. 2. Tome 9. p. 273—276.
93. Rubaschkin, W., Zur Lehre von der Keimbahn bei Säugetieren. Über die Entwickelung der Keimdrüsen. Anat. Hefte. Abt. 1. Arb. a. anat. Inst. Heft 139. (Bd. 46. Heft 2.) p. 343—411
94. Russo, Achille, Sul diverso tipo di metabolismo delle ova embrionale di coniglia. (Blastomeri con globuli di lecitina e blastomeri con cristalli di acidi grassi.) (Nota prel.) Boll. Acad. Gioenia d. Sc. nat. in Catania. Ser. 2a. Fasc. 15. 1911. 8 p.
94. Saint-Hilaire, C., Untersuchungen über die Plazenta der Salpa democratica mucronata. Arch. f. Mikr. Anat. 1911. Bd. 79. Heft 1.

95. Schauder, W., Untersuchungen über die Eihäute und Embryotrophe des Pferdes. Arch. f. Anat. u. Physiol. Anat. Abt. Jahrg. 1912. Heft 5/6. p. 259—302.
97. Schaxel, Julius, Das Verhalten des Chromatins bei der Eibildung einiger Hydrozoen. 3 Taf. Zool. Jahrb. Abt. Anat. u. Ontog. d. Tiere. Bd. 31. Heft 4. p. 613—656. 1911.
98. — Plasmastrukturen, Chondriosomen und Chromidien. 16 Fig. Anat. Anz. Bd. 39. Nr. 13/14. p. 337—353. 1911.
99. Schellenberg, Adolf, Ovogenese Eireifung und Befruchtung von Fasciola hepatica L. 3 Taf. u. 2 Fig. Arch. f. Zellforsch. Bd. 6. Heft 3. p. 443—484. 1911.
100. Schklowsky, Zur Frage über die Histogenese der quergestreiften Muskulatur in den weiblichen Geschlechtsorganen. Journ. akusch. i shensk. boles. Jan. (Genaue Beschreibung eines Falles von Fibromyom des runden Mutterbandes, in welchem zahlreiche quergestreifte Muskelzüge gefunden wurden. Die Rhabdomyome des Uterus, besonders die Mischgeschwülste, kombiniert mit adenomatösen Wucherungen, Chondromen etc. sind wahrscheinlich das Resultat einer Entwickelungsanomalie. Der Befund quergestreifter Muskeln im Uteruskörper lässt sich durch übermässige Entwickelung per continuitatem der normaliter im runden Mutterband vorhandenen Muskulatur erklären. In dem Falle des Verf. ist das Vorhandensein quergestreifter Muskelfasern im Myom als Resultat übermässiger Wucherung der quergestreiften Muskulatur des Lig. rotundum aufzufassen. Die diffuse Nekrose des Uteruskörpers lässt sich durch die regressive Degeneration der Gebärmutter erklären, und zwar derjenigen Partien derselben, welche an der Involution nach bestandener Gravidität nicht teilnehmen konnten, weil sie durch das Fibromyom eingenommen werden.)
(H. Jentter.)
101. Schleip, W., Das Verhalten des Chromatins bei Angiostomum (Rhabdonema) nigrovenosum. Ein Beitrag zur Kenntnis der Beziehungen zwischen Chromatin und Geschlechtsbestimmung. 6. Taf. Arch. f. Zellforsch. Bd. 7. Heft 1. p. 87—138. 1911.
102. *Schröder, R., Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie des Endometriums. Arch. f. Gyn. Bd. 98. Heft 1. p. 81.
103. *Schwarzenbach, E., Die Entwickelung des Knorpelbeckens im zweiten Fetalmonate auf Grund von sieben Beckenmodellen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. Heft 2. p. 338.
104. Senna, Angelo, Ricerche sull' oogenesi di Tomopteris elegans Chem. 4 Taf. Arch. ital. nat. e embriol. Vol. 9. Fasc. 3. p. 299—348. 1911.
105. Stegn, Josef, Untersuchungen am Endometrium des Schweines, mit besonderer Berücksichtigung des Flimmerepithels und der Brunstveränderungen. (Diss.) Österr. Wochenschr. f. Tierheilk. Jahrg. 37. Nr. 40. p. 399. Nr. 44. p. 442.
106. Steinach, E., Umstimmung des Geschlechtscharakters bei Säugetieren durch Austausch der Pubertätsdrüsen. Akad. Anz. Wien 1911. 48. Jahrg.
107. Stoeckel, Ein sehr junges menschliches Ei in situ. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. München 1911. p. 448.
108. *Stratz, C. H., Zur Entwickelung der Form und Lage des Uterus und seiner Ligamente. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. Heft 2. p. 1.
108a. Strecker, Fr., Beitrag zur Kenntnis der Defektbildungen des Urogenitaltraktus (fünf Fälle). Arch. f. Anat. u. Physiol. Jahrg. 1911. Anat. Abt. Heft 4/6. p. 207.
109. Van der Stricht, P., Sur le processus de l'excrétion des glandes endocrines: le corps jaune et la glande interstitielle de l'ovaire. Arch. de Biol. Tome 27. Fasc. 4.
110. — René, Vitellogenèse dans l'ovule de chatte. Arch. de Biol. Tome 26. Fasc. 3/4. p. 365.
111. Thomsen, E., Die Differenzierung des Geschlechts und das Verhältnis des Geschlechtes beim Hühnchen. Arch. f. Entw.-Mech. 1911. Bd. 31.
112. *Titroff, E., Contribution à l'étude des restes embryonnaires dans le cordon ombilical de l'homme. Thèse. Lausanne.
113. *Todyo, Über ein junges pathologisches menschliches Ei. Arch. f. Gyn. Bd. 98. Heft 2. p. 391—409.
114. — Ein junges menschliches Ei. Arch. f. Gyn. Bd. 95. Heft 2.
114a. Tur, Untersuchungen über die Anomalien des Säugerovariums. C. R. Soc. Scient. Varsovie. V. Nr. 1.
114b. — Sur l'origine de la zone pellucide des oeufs des Mammifères. C. R. Soc. Biol. Paris. Tome 72.

115. *Walcher, G. sen. Die „Anguli vaginae" und ihre Bedeutung für Geburtshilfe und Gynäkologie. Arch. f. Gyn. Bd. 97. Heft 3.
116. Waldstein, E., Über Breussche Molen und retinierte Eier im allgemeinen. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. 1913. Heft 1. p. 23.
117. Walthard, Junges menschliches Ei im Mesosalpingiolum einer kleinen Nebentube. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Gyn, München 1911. p. 451.
118. Wassermann, Fritz, Zur Eireifung von Zoogonus mirus, ein Beitrag zur Synapsisfrage. Verhandl. d. Anat. Ges. 26. Vers. München. p. 47—58.
119. — Über die Eireifung von Zoogonus mirus Lss. Sitzungsber. d. Ges. f. Morphol. u. Physiol. München. 22 Fig. 24 p. 1911.
120. *Wichmann, S. E., Über die Entstehung der Urogenitalverbindung und die Bedeutung der Müllerschen Genitalgänge bei den Säugetieren. Anat. Hefte. Beitr. u. Ref. z. Anat. u. Entw. Abt. I. Heft 137. (Bd. 45. Heft 3.)
121. *Winiwarter, H. v., La constitution et l'involution du corps de Wolff et le développement du canal de Müller dans l'espèce humaine. Arch. de biol. 1910. Bd. 25. p. 169.
122. *— Contribution à l'étude de l'ovaire humain: 1. Appareil nerveux et phéochrome. 2. Tissu musculaire, 3. Cordons médullaires et corticaux. Arch. biol. 1910. Tome 25. p. 683.
123. Wintrebert, P., Les enveloppes protectrices de l'oeuf et le mécanisme de l'éclosion chez l'Axolott (Amblystoma tigrinum). Compt. rend. Soc. Biol. Tome 72. Nr. 18. p. 799.
124. *Wolz, E., Untersuchungen zur Morphologie der interstitiellen Eierstocksdrüse des Menschen. Arch. f. Gyn. Bd. 97. Heft 1. p. 131.
125. Zajicek O., Über die Orientierung von samt der Eikammer eingebetteten Embryonen. Zeitschr. f. wiss. Mikrosk. Bd. 28. Heft 4. p. 424.

A. Entwickelungsgeschichte. Schwarzenbach (103) hat von sieben menschlichen Embryonen von 10—23 mm Länge Wachsmodelle der Beckenanlage in 25facher Vergrösserung hergestellt.

Die Rosenbergschen Ansichten vom proximalen Vorrücken des Kreuzbeins und der Beckenanlage finden in diesen Untersuchungen eine teilweise Bestätigung.

Mit Hilfe von 15 Abbildungen und zahlreichen Massangaben werden die einzelnen Modelle von der ersten Differenzierung einer Beckenanlage an bis zur Ausbildung des Knorpelbeckens genau beschrieben. Von den drei Komponenten, welche im Anschluss an das Femur und ursprünglich ohne jeden Zusammenhang mit der Wirbelsäule die erste Beckenanlage bilden, besitzt nur das Pubis eine selbständige Anlage, während Ileum und Ischium schon im Beginne der Beckenbildung vereint sind. Schon beim Embryo von 14 mm Länge erkennt man deutlich die Incisura isch. maj., die Pars sacral. il. und den „Keim der Beckenschaufel", welcher später als langer Fortsatz sich ventralwärts entwickelt. Ischium und Pubis entspringen als lange Knorpelspangen in der Gegend der Pfanne, die aber anfänglich nur vom Ileum und Ischium gebildet wird. Das Modell des 23 mm langen Embryo besitzt schon grosse Ähnlichkeit mit der ausgebildeten Beckenform, aber die Symphyse klafft noch und auch der Ring des Foram. obtur. steht vorne noch offen. Bei allen Modellen verläuft das Kreuzbein gerade und seine Pars lateralis befindet sich gegenüber den übrigen Beckenbestandteilen (Wirbelkörper und Hüftbein) im Rückstande.

Aus der eingehenden Untersuchung über die Lage der Pfanne als dem Kardinalpunkte der Beckenanlage sei nur Folgendes erwähnt. Im jüngsten Stadium liegt die Pfanne am ersten bis zweiten Wirbel mehr kranialwärts, als im weiteren Verlaufe des zweiten Monats. Doch findet in den späteren Stadien des zweiten Monats kein weiteres Tieferrücken der Pfanne mehr statt, trotz der Verkleinerung des Winkels des Ileum mit dem kaudalen Teil der Wirbelsäule („Beckendrehung"), weil nun der Anschluss des Ileum an die Wirbelsäule sich kranialwärts verschiebt.

Im Schlusskapitel „Über die Genese regelwidriger Becken" wird die Selbständigkeit des frühen Beckenwachstums betont und seine Unabhängigkeit von Statik, Muskelzug und Druckwirkung der Eingeweide. Die „Querspannung" ist schon am Ende des zweiten Fötalmonats deutlich vorhanden. Es folgen noch Bemerkungen zur Entwickelung des Assimilationsbeckens, Spaltbeckens und anderer Beckenanomalien.

v. Winiwarters (122) Studien am menschlichen Eierstock behandeln zunächst die Nerven und Ganglien; von dem Sympathikus wandern „Sympathoblasten" um die Nebenniere herum in die Urniere. Bei 19 mm haben sie schon das Zentrum der Nebenniere erreicht

und sind zwischen die Urnierenkanäle und Glomeruli vorgedrungen. Bei 28 mm bis 30 mm sind an den Vasa spermatica grössere Ganglien zu finden und bei 45 bis 55 mm sind die Sympathoblasten im vorderen Urnierenabschnitt bereits sämtlich zu chromaffinen Zellen verwandelt, während unter dem Epoophoron und im Paroophoron an den Vasa spermatica Ganglienzellen mit und ohne chromaffinen Zellen kettenartig aufgereiht sind, einige sind auch im Hilus ovarii zu sehen. Mit den Ganglienhaufen stehen Nerven in Verbindung, welche einen Ast zur Tube, einen zum Ovarium und einen gemeinsamen zu beiden Organen senden. Später dringen Ganglien und chromaffine Zellen in die Nerven ein, und zwar im fünften Monat bis in die Markschicht des Ovariums. Es sei beiläufig erwähnt, dass Winiwarter die chromaffinen Zellen von den übrigen Ganglienzellen durch den Fettgehalt der letzteren unterscheiden will, denn chromaffin sind sie nicht von Anfang an.

Die Muskelzellen sollen erst gegen Ende des Fetallebens im Ligament auftreten; sie bilden im Mesovarium zwei senkrecht gekreuzte Schichten, eine mit der Längsachse und eine mit der Querachse des Ovariums parallel verlaufende Schicht, von den Fasern bis in die Rinde dringend.

Schliesslich wird noch der Entwickelung von Mark und Rinde gedacht; während Urgeschlechtszellen, „primäre Genitalzellen" überhaupt nicht vorkommen, treten Genitaloidzellen bei 14 mm auf, um bei 28 mm wieder zu verschwinden. Die Markstränge werden durch die stärkere Bindegewebsentwickelung immer deutlich abgrenzbar von der Rinde. Im vierten Monate werden die ersten Primärfollikel gebildet, im sechsten Monate auch vereinzelte Graafsche Follikel mit Theka; im siebenten veröden bereits die Markstränge. Die Graafschen Follikel gehen in den beiden letzten Monaten mehr und mehr zugrunde, unter Eindringen von Bindegewebe.

Beim Rind ist nach Bergschicker (9) das hinterste Vaginalstück ein gemeinsames Produkt der Müllerschen Gänge und des Sinus urogenitalis und entspricht dem Stück der fertigen Vagina zwischen der Mündung der Gartnerschen Gänge und dem rudimentären Hymen. Die Vagina mündet erst kurz vor der Geburt in das Vestibulum durch Lösung einer Verklebung. Die Verschmelzung der Gänge beginnt, wenn sie den Sinus urogenitalis erreicht haben, und zwar an verschiedenen unbestimmten Stellen. Gleich nach der Verschmelzung sondert sich die Mukosa und Muskularis ab. Das dem Rind eigentümliche Divertikulum suburethrale entsteht durch ventrale Aussackung der Harnröhren-Blasenanlage. Die Arbeit ist reich an Einzelheiten.

Stratz (108) stellt die These auf, dass die phylogenetische Neigung zur medialen Konzentration im Fruchtträger und zum Tiefertreten der Genitalorgane ihren schärfsten Ausdruck beim Menschen unter dem Einfluss der aufrechten Haltung (Orthoskelie) gefunden hat und dass sich zur Erhaltung der labilen Gleichgewichtslage die Muskelfasern der Retraktoren und Lig. rotunda sekundär stärker ausgebildet haben. Im Gegensatz hierzu dient das bindegewebige Retinakulum zur Erhaltung der stabilen Gleichgewichtslage. Die ungenügende Anpassung an die Orthoskolie, die zu schwache Ausbildung der Muskeln kann angeborene Retroflexio oder die Anlage zur Retroflexio bedingen, analog der Auffassung der angeborenen Hernien.

Die spitzwinklige Anteflexio hingegen beruht auf ungenügendem Deszensus der hinteren Befestigungen, auf einer zu starken Fixation der Cervix nach hinten und oben; ebenso ist der zu hohe Stand der Ovarien aufzufassen als Teilerscheinung des unvollkommenen Descensus genitalium.

Wichmann (120) untersuchte die Genitalien eines siebenmonatlichen menschlichen Fetus, welche lebenswarm fixiert waren und Bonnets Serien von Hunde-, Schaf- und Schweineembryonen; er ist zu folgender Anschauung über die Urogenitalverbindung gelangt, worunter er die Verbindung zwischen Müllerschem Gange und Ovarium versteht. Es existiert noch bei den Säugetieren von dem lateralen Teile des Ursegmentstiels herrührendes Zellmaterial, welches in früheren Stadien mehr oder weniger deutlich, oft in Form von Zellspangen, welche den Abstand vom Geschlechtsleistenepithel bis zu den Bowmanschen Kapseln überbrücken, hervortritt. Im progonalen Teile der Geschlechtsleiste bilden sich aus diesem Zellmaterial Brücken; weiter kaudal, besonders im Übergangsgebiete in den kranialen Teil der Geschlechtsdrüsenanlage bildet das genannte Zellmaterial ein zusammenfliessendes Blastem, das Reteblastem. Seine primären Verbindungen mit dem Epithel der Geschlechtsleiste verschwinden in der Regel und wahrscheinlich ebenso die Verbindung mit den Bowmanschen Kapseln. Es differenzieren sich später die Retestränge in diesem Blastem und treten sekundär in Verbindung mit den Samenkanälchen und den Marksträngen, andererseits eventuell mit den Bowmanschen Kapseln der Urniere. Ausnahmsweise behalten die Retestränge ihre primäre Verbindung mit dem Geschlechtsleistenepithel; durch

Kanalisation derselben können die Urnierenkanälchen also mit der Cölomhöhle kommunizieren, homolog den Vornierennephrostomen; diese Öffnungen scheinen regelmässig in der Fimbrienrinne zu liegen, so dass auch bei Säugetieren das Müllersche Epithel im Zusammenhange steht mit einem den Nephrostomen der Amphibien und Reptilien homologen Material. Ähnlich dem Nierenrandkanal, welcher bei den niederen Wirbeltieren aus den „Ergänzungskanälchen" der Vornierensegmente sich zusammensetzt, entsteht wahrscheinlich der Müllersche Gang durch Auswachsen der Bestandteile der Ergänzungskanälchen; also die Fimbria ovarica ist entstanden aus dem Materiale der Nephrostome. Beim siebenmonatlichen Fetus fand er in der Fortsetzung der Rinne der Fimbria ovarica einen Kanal, welcher in das Mesovarium eindringt und durch Sprossen mit dem Rete ovarii verbunden ist; auf der einen Seite sogar ist der Kanal offen verbunden mit dem Rete ovarii und mit einem Epoophoronkanälchen.

R. Meyer (77) fand ektopische Kalkimprägnation in der Umgebung des Darmbeins an typischer Stelle nahe der Articulatio sacro-iliaca, zur Zeit des Beginnes der Verknöcherung des fetalen Darmbeines. Muskulatur, Bindegewebe und der Knorpel des Kreuzbeinflügels werden imprägniert, ohne dass eines dieser Gewebe dadurch zu Knochen verwandelt würde; dazu bedarf es einer typischen Vorbereitung des Knorpels. Meyer berichtet ferner über Obatas Befunde von Knochenkernen des Beckens (vergl. Obata.)

Obatas (84) Untersuchungen, ausgeführt an den durchsichtigen Präparaten und mikroskopischen Serien R. Meyers ergaben folgendes:

Das Becken selbst hat drei Paar Knochenkerne und diese sind stets einheitlich; das erste Kernpaar erscheint schon bei Feten von 3—6 cm im Darmbein am Übergange vom Korpus zur Schaufel; das zweite am Sitzbein, am Foramen obturatum am Übergange zwischen Korpus und Ramus superior bei 18 cm Kopffusslänge und das dritte Kernpaar im Schambein bei ca. 23—33 cm Kopffusslänge.

Ausserdem hat das Kreuzbein noch seine Kerne, und zwar unpaar im Wirbelkörper, paarig im Wirbelbogen und in den Kostalteilen; die Kerne erscheinen hier der Reihe nach zunächst in den obersten Wirbeln und nach und nach in den übrigen; zuerst in dem Wirbelkörper der oberste bei 6—7 cm, der letzte bei 23—35 cm; es folgen die Bogenkerne, der oberste von 6—16 cm, der unterste mit 30—52 cm und schliesslich im Kostalteil vor der Geburt meist nur die beiden obersten, selten der dritte, die übrigen später. Individuelle Verschiedenheiten sind nicht selten, z. B. rudimentäre Anlage einzelner Knochenkerne, also lokale Unterschiede, auch Verschiedenheiten beider Beckenhälften.

Zur Zeit der Geburt sind noch sämtliche Knochenkerne voneinander getrennt durch Knorpelzonen.

v. Winiwarter (121) hat die Urniere menschlicher Embryonen von 1—5 cm Länge untersucht; schon bei 10 mm sind die hinteren Kanälchen (Paragenitalis) und vordersten Kanälchen in Rückbildung begriffen. Es münden mehrere Kanälchen gemeinsam in den Urnierengang. Ein Unterschied zwischen dem sekretorischen und Sammelabschnitt der einzelnen Kanälchen existiert mikroskopisch nicht; er nennt sie daher den postglomerulären und den Endabschnitt. Die von den 36 vorhandenen ca. 14 verbleibenden Kanälchen der Epigenitalis, von denen das vorderste in die Peritonealhöhle aufbrechen kann, werden durch die Eintrittsstelle der Vasa spermatica von der immer mehr der Rückbildung anheimfallenden Paragenitalis getrennt und erhalten eine bindegewebige und erst gegen Ende des Fetallebens eine muskulöse Umhüllung.

Die gestielte Hydatide fasst er als ein Vornierenteilchen auf. Das Rete testis und Rete ovarii geht aus den Bowmanschen Kapseln der Urniere hervor; die soliden Retestränge wachsen in den Keimdrüsenhilus vor und bilden eine solide Zellmasse und verbinden sich mit den Hodenkanälchen bezw. den Marksträngen des Ovarium erst bei 30—40 mm Länge.

B. Plazentation, Gravidität, Puerperium. Todyo (113) untersuchte das bereits von Schmorl demonstrierte junge menschliche Ei von 16 × 11 × 6 mm Durchmesser genauer; bemerkenswerte Unterschiede von den bekannten Eiern wurden nicht festgestellt, doch ist hervorzuheben, dass er auf Eisen und Glykogen untersuchen konnte. Weder im Zottenepithel, noch Stroma oder in sonstigen fetalen Teilen fand sich Eisen.

Glykogen fand sich mässig viel in der Membrana chorii, in den Zellen des Bindegewebes und zwischen den Fasern. Im Epithel der Membrana chorii wurde es an der Basalis wenig, dagegen an der Eikapsel reichlich gefunden. Auch im Zottenbindegewebe liegt das Glykogen in und zwischen den Zellen.

In der Langhansschen Zellschicht der Zotten ist Glykogen ziemlich reichlich vorhanden, an manchen Zotten sogar ausserordentlich viel; ebenso kommt es reichlich in allen

Zellen der Zellsäulen vor. In der Ektoblastschicht ist Glykogen intrazellulär teils gleichmässig verteilt, teils an der Peripherie gelagert und zuweilen im Zellkern; nur die im Kapsularisbereiche liegenden Ektoblastabschnitte enthalten weniger Glykogen. Im Syncytium liegt Glykogen sowohl diffus im Protoplasma, als auch in den Vakuolen in Gestalt von Tropfen; besonders oft in den Riesenzellen, welche der Basalis und Randdecidua aufgelagert sind, weniger in dem der Kapsularis anliegenden Syncytium. Auch der intervillöse Raum und die einführenden mütterlichen Gefässe enthalten geronnene Massen, die sich nach Best färben, aber zum Teil aus Fibrin bestehen, zum Teil aus Glykogen wahrscheinlich von untergegangenen Zellen.

Die kompakte Deciduabasalis und die Randdecidua ist ebenso glykogenreich, wie die fetalen Zellen; in den Drüsenepithelien und Lumina ist es ungleich verteilt. Die Drüsen der Spongiosa sind ausserordentlich stark mit Glykogen versehen, besonders nahe der Muskulatur; die Decidua capsularis ist weniger mit Glykogen bedacht. Die Decidua parietalis zeigt gleiches Verhalten, wie die Spongiosa basalis.

Besonders hervorgehoben wird noch die Tatsache, dass die Drüsen mit der Eikammer in breiter Verbindung stehen infolge „Zerstörung" mütterlichen Gewebes durch die fetalen Zellen. Die Eikammer, in welche zahlreiche mütterliche Gefässe münden, enthält Blut; ebenso die Lakunen der peripheren Ektoblastlage.

Im Anschluss an diese Untersuchung nahm Todyo auch den Glykogennachweis an anderen Plazenten im 2., 6., 7., 8., 9. und 10. Monate vor und zwar mit positivem Befunde in allen (10) Fällen; am meisten in fünf Plazenten des zweiten Monats und zwar besonders reichlich in den Zellsäulen, im Amnion und Chorionepithel. In den späteren Monaten mehr im Bindegewebe und besonders der Gefässwand.

Mit Marchand und Driessen sieht er die Bedeutung der Decidua in der Glykogenaufspeicherung für das Ei.

Die Resultate der Untersuchungen über die Genese und Entwickelung der sogenannten Plazentainfarkte fasst Kalima (62) auf folgende Weise zusammen.

I. Die Genese der Infarkte ist nicht einheitlich und kann nur durch Untersuchung der Anfangsstadien eruiert werden. In vorgeschrittenen Stadien ist die primäre Ursache oft unmöglich zu entscheiden, weil sekundäre Erscheinungen (Fibrinablagerungen, Ektodermwucherungen, Zottennekrose usw.) das mikroskopische Bild verwischen.

II. Die intervillösen Zirkulationsstörungen sind zweifellos von grosser Bedeutung.

III. Die Ektodermzellenwucherungen spielen aber auch sehr oft die primäre Rolle. Darauf ist die primäre hyaline Degeneration der Chorionzotten zurückzuführen. Der Infarkt entsteht durch Verschmelzung gegenüberliegender Bezirke, innerhalb derer das dazwischenliegende Blut stagniert; sekundär wird Fibrin abgelagert. Es ist sehr wahrscheinlich. dass alle Infarkte ausser der primären Thrombose so zu erklären sind.

IV. Das Fibrin in den Infarkten ist teilweise Blutfibrin, teilweise wird es durch die hyaline Degeneration der fetalen Plazentaelemente gebildet.

V. Veränderungen in der Decidua serotina und deren Gefässen sind für die Thrombosierung der benachbarten intervillösen Räume von Bedeutung.

VI. Veränderungen in den fetalen Gefässen sind sekundäre Erscheinungen. Deciduawucherungen spielen keine Rolle bei der Infarktgenese.

Grauls Arbeit über das untere Uterinsegment s. u. Uterus.

Huguenin (58) untersuchte den Fettgehalt des Sarkoplasmas der glatten Muskelfasern des schwangeren und puerperalen Uterus und fand, dass im Sarkoplasma der schwangeren Gebärmutter Fett in bedeutender Quantität in Tropfenform vorhanden ist. Dieser Fettansatz ist wahrscheinlich nur eine Steigerung des schon im ruhenden Uterus vorkommenden Fettes. Diese Fettropfen der Gebärmutterwand sind nur im Sarkoplasma vorhanden und nicht im Bindegewebe enthalten. Infolgedessen ist dieser Fettgehalt nicht die Ursache der Uterusrupturen.

Kannegiesser (64) kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Zotten werden vom Moment des Durchdringens der Gefässe der Frucht mit dem Blute der Frucht genährt.

2. Diejenigen Zotten, die näher zur Nabelschnur liegen, werden besser entwickelt, weil in die Gefässe dieser Zotten mehr Blut hineinfliesst.

3. Auf dem der Nabelschnur gegenüber liegenden Eipole werden die Blutgefässe verödet.

4. Die Verödung der Blutgefässe und Atrophie der Zotten erfolgt auf konzentrischen Zonen.

5. Bei Zerstörung eines Teiles der Zotten an der Nabelschnurwurzel entwickeln sich die weiter von ihnen liegenden Zotten.

6. Wenn die Zotten im unteren Eipole längs der Decidua reflexa sich entwickeln, so entsteht Placenta praevia.

7. Bei Blutungen in frühen Stadien der Schwangerschaft muss man irgend eine Anomalie der Nachgeburt erwarten.

Regelmässig tritt nach Heckner (55) beim Gefässverschluss im Puerperium nur Aufquellung und Loslösung des Endothels ein, während Wucherung der Intima, choriale Wanderzellen und Gerinnsel im Gefässlumen nur zuweilen auftreten. Die hyaline Degeneration der Gefässmuskulatur ist ein späterer Befund im Puerperium.

Die Endothelaufquellung und die Buckelbildung der Intima führen den Gefässverschluss nicht herbei, sondern unterstützen ihn; die Hauptsache ist die Thrombose.

Delportes (28) Untersuchungen zur menschlichen Plazentation bringen ihn zu folgenden Resultaten: Der reife, platzende Follikel ruft gleichzeitig die Menstruation hervor, wie Verf. nach klinischen Beobachtungen schliesst. Das Ei braucht zu seiner Wanderung bis in die Uterushöhle 20 Tage, nämlich von der Ovulation bis zum nächsten Prämenstruum. Zu dieser Zeit zeigt das Endometrium die prämenstruellen Veränderungen, welche die Schleimhaut zur Einbettung geeignet machen.

Die Menstruation ist lediglich eine Lösung der Hyperämie und hängt von dem Platzen des Follikels ab, einerlei, ob das Ei befruchtet ist oder nicht; die Schleimhaut bildet sich im letzteren Falle zurück. Das eine vom Verf. beobachtete Ei ist pathologisch und wurde spontan mit dem gesamten parietalen Decidualsack ausgestossen; es ist offenbar abgestorben und Verf. legt das der angeblich nur in ihrer oberflächlichen Schicht pathologischen Schleimhaut zur Last, welche kleine Deciduazellen, starkes Infiltrat enthält; auch sei die Decidua parietalis (vera) im ganzen dünn und arm an Drüsen. Nur eine normale Schleimhaut sei zur Einbettung des Eies geeignet; Zotten werden nach seiner Ansicht nur dort gebildet, wo das Ei mit mütterlichem Gewebe in Berührung komme. Der obere Pol ist nämlich nicht von Decidua bedeckt, sondern frei und hat keine Zotten.

Ein durch Curettage gewonnenes frisches Ei, 39 Tage nach Beginn der letzten Regel. am 21. Tage nach einem einzigen Koitus, schätzt Verf. auf 19 Tage nach Befruchtung und beschreibt es ausführlich mit sehr zahlreichen Abbildungen, meist Photogrammen, unter vergleichender Berücksichtigung der Literatur. Das Objekt hat 3 × 1 × 3,3 mm Durchmesser und ist von einer auffallend starken Trophoblastschale umgeben, welche hauptsächlich aus Cytotrophoblast und nur im geringen Grade aus Plasmoditrophoblast besteht, letzterer entsteht aus ersterem unter Zusammenfluss mehrerer Zellen. Verf. betont durchwegs den destruktiven Einfluss des Ektoblast, wie er sich in der Zerstörung der Drüsenepithelien und des Gefässendothels zeigt, welches er ersetzt. Die Decidua wird andauernd zerstört und erneuert sich. Der intervillöse Raum wird weniger durch Einbruch des Blutes in die Trophoblastschale, als durch zerstörendes Vordringen des Trophoblasts in das mütterliche Gewebe bezw. in die Gefässe erklärt; zurzeit findet sich nur sehr wenig Blut in kleinen Lücken der Trophoblastschale. Die fremdartigen Zellen im mütterlichen Gewebe haben keinerlei Ähnlichkeit mit Deciduazellen, wohl aber mit Langhanszellen und sind auch in Reihen zu verfolgen bis in den Nitabuchschen Streifen und werden daher als choriale Eindringlinge betrachtet. Mehrkernige Riesenzellen sind nicht darunter; nirgends ist die Nachbarschaft dieser Zellen infiltriert von Leukozyten. Der Trophoblast ernährt durch seine destruktive Fähigkeit das Ei, wenn er zugrunde geht, beginnt die fetale Zirkulation.

Titroff (112) hat die Nabelschnur bei menschlichen Föten von 10,5 mm bis 40 cm Länge untersucht und fand Reste des Allantoisganges.

Anfangs mehr sackförmig mit flachem und kubischem Epithel ist er schon am Ende des zweiten Monats in der Nabelgegend fast ganz atretisch, ist aber ausserhalb des Nabels unregelmässig erweitert und bis zur Plazenta zu verfolgen.

Beim Fetus von 6—7 cm ist er ebenfalls noch in der Nabelschnur stellenweise kanalisiert und mit unregelmässig zweischichtigem Epithel versehen. Im vierten und fünften Monate ist er schon sehr wechselnd, aber manchmal auch noch kanalisiert mit zwei- bis dreischichtigem Epithel und bei dem 40 cm langen Fetus ist er noch als dünner epithelialer Strang ohne Lumen kenntlich. Der Gang liegt am Nabel stets zwischen den beiden Arterien, ebenso weiterhin in der Nabelschnur, oft einer Arterie unmittelbar genähert.

Den Dottergang erkennt man am Ende des ersten Monats, doch ist er schon nach zwei Monaten schwer kenntlich, trotz Persistenz der Dottergangsgefässe. Spuren des Dotterganges kann man jedoch noch im vierten und fünften Monate finden.

C. Anatomie. 1. Allgemeines. Liepmanns (70) Atlas bringt auf 35 grossen Tafeln in meist guten Bildern (bei einzelnen lässt die plastische Wirkung zu wünschen übrig) Beiträge zur topographischen Anatomie der weiblichen Sexualorgane und einige pathologische Fälle, wie Myom, Ovarialzyste, Myom mit Gravidität, Parametritis posterior, Prolapsbecken, Retroversio flexio uteri und anderes mehr.

Der Autor will einem weiteren Kreise von Studierenden und junger Operateure eine Anschauung der Präparate gewähren, welche er in Operationskursen mit Nutzen verwendet und die auch seinem Lehrbuch „Gynäkologischer Operationskurs" zugrunde lagen.

Der normale Teil berücksichtigt besonders den Suspensions- und Stützapparat der Gebärmutter; auch der Status post abortum und Status puerperalis kommt zur Ansicht.

Die Präparate wurden in Formalin fixiert und in verschiedenen Richtungen durchschnitten, bezw. präpariert. Die Abbildungen sind meist in natürlicher Grösse in schwarz, teilweise auch bunt gehalten (Muskeln, Gefässe etc.).

Mit der dritten Lieferung des Atlas der normalen Histologie der weiblichen Geschlechtsorgane von Moraller, Hoehl und R. Meyer (79) liegt nunmehr das ganze Werk vor mit 175 lithographierten Abbildungen und 118 Seiten Text; im zweiten Teile findet man eine übersichtliche Darstellung der Plazentation, im dritten das Ovarium aller Lebensklassen, die fetalen Organreste und die Mamma. Damit ist das ganze Gebiet mit Berücksichtigung auch der neuesten Literatur erschöpfend dargestellt.

2. Ovarien und Ovulation. Duesberg (32) bespricht in einem kritischen Referate unter anderem die Plastosomen der weiblichen Geschlechtszellen; es handelt sich um Mikrosomen, welche während aller Stadien der Eientwickelung und an den reifen Eiern beobachtet wurden und sich gewöhnlich als isolierte Körner oder sehr kleine Stäbchen darstellen, mit besonderer Neigung, sich in Ketten aufzureihen, ähnlich wie die Plastokonten (Mitochondrien) der Spermazellen. Sie liegen im Keimplasma in der Nähe des Keimbläschens, und zwar um die Zellzentren (Zentrotheka) schon während der Teilung der Ovogonien gruppiert; diese Masse nannte man früher Dotterkern oder Balbianischer Körper. Im Ovozyt breiten sich die Mikrosomen zwischen den Dotterelementen zerstreut aus und bilden schliesslich eine perinukleäre und eine unter der Dotterhaut liegende Randzone. Es scheint, dass die Mikrosomen sich teilweise direkt in Dotter verwandeln, jedenfalls haben sie Einfluss auf die Dotterbildung; ein anderer Teil bleibt jedoch unverändert und geht auf die Zellen des Embryo über.

Wolz (124) stimmt hinsichtlich der Histogenese des Corpus luteum und der interstitiellen Eierstocksdrüse wesentlich mit Seitz, Wallart, Cohn, Rob. Meyer überein; ausser der Funktion als Nährstoffreservoir für die Granulosa im Anfange der Gravidität dient die Theca interna auch später noch als Drüse mit innerer Sekretion und zwar an den Follikeln, so sehr, dass Follikel und Ei zugrunde gehen. Es gibt nur eine Form der Follikelatresie; es gibt nur verschiedene Grade der Atresie. Obliterierte Follikel können so miteinander verschmelzen, dass ein einheitlicher grosser Körper von Thekaluteinzellen verbleibt, welcher dem Corp. luteum ähnlich sieht. Aus den Theca interna-Zellen werden weder Granulosaluteinzellen, noch wandern sie zwischen diese ein. Bei der Rückbildung werden Thekazellen nicht Bindegewebszellen, sondern schrumpfen ein.

Franks (40) Ergebnisse aus der Literatur und nach eigenen Untersuchungen an Meerschweinchen, Ratten, Katzen sind folgende:

1. Man muss den aktiven Teil des Corp. luteum, sowohl vom anatomischen Augenschein, als auch seiner funktionellen Art nach als epitheliale Struktur ansehen.

2. Es ist streng zu unterscheiden zwischen prooestrus und oestrus; Menstruation = prooestrus.

3. Prooestrus und Reifung der Follikel sind übereinstimmend bei allen Säugetieren — aber bis jetzt ist noch kein Beweis erbracht, dass die Reifung tatsächlich die Menstruation verursacht.

4. Die Zeit des Begehrens (Oestrus) ist der Höhepunkt der vorbereitenden Veränderungen, die während des Prooestrus vorkommen und wahrscheinlich aus demselben entspringen.

5. Ovulation ist das Endresultat der Follikelreifung. In einigen Arten kommt sie während oder gleich nach dem Oestrus; in anderen wieder platzt der Follikel erst nach Monaten. Diese Unterschiede in der Zeit werden wahrscheinlich verursacht durch das Verhältnis des Wachstums vom Ei und Follikel.

a) Ovulation kann durch den Koitus beschleunigt werden.

b) Ovulation wird gehemmt durch das Corp. luteum.

6. a) Das Corpus luteum bereitet die Uterusschleimhaut vor und macht dieselbe aufnahmefähig für mechanische Reize (mit daraus entstehender Bildung von mütterlicher Plazenta).

b) Das Corp. luteum ist von Bedeutung in den Anfangsstadien der Gravidität, da das Ei nicht anhaftet, wenn der Uterus nicht vorbereitet ist.

c) Das Corp. luteum verlängert den sexuellen Zyklus, indem es zwischen die Reifung von wachsenden Follikeln und Eiern tritt.

d) Die Ursache, welche das Bestehen des Corp. luteum während der Gravidität veranlasst, ist noch nicht gefunden worden. Es besteht aber auch das Corp. luteum manchmal ohne Gravidität.

7. Tiere mit interstitiellen Drüsen in den Ovarien können spontan ovulieren, folglich ist nicht gesagt, dass die interstitielle Drüse die Funktion des zyklischen Corp. luteum vertritt.

8. Das Wachsen der Brustdrüse hängt von Einflüssen des Ovariums ab (Reifung der Follikel, Tätigkeit des Corp. luteum). Dieselben Ursachen, welche das Bestehen des Corp. luteum veranlassen, verursachen wahrscheinlich auch die Hyperplasie der Brust bei Gravidität.

Über die Entstehung des Corpus haemorrhagicum spricht sich Hauswaldt wie folgt aus:

1. Das Corpus haemorrhagicum entsteht erst sekundär, nach oder während der Bildung des Corpus luteum, geht aber nicht, wie gewöhnlich gelehrt wird, der Bildung des Corpus luteum voraus.

2. Die Blutmassen des Corpus haemorrhagicum zeigen eine ganz charakteristische, schon von früheren Autoren hervorgehobene Lagerung, nämlich am Innensaum der Luteinzellenschicht, während das Zentrum der Corpus luteum-Höhle vorwiegend von fibrinhaltigem Plasma eingenommen wird.

3. Die Blutung in die Corpus luteum-Höhle kann auf verschiedene Weise zustande kommen.

a) Durch eine physiologische kollaterale Hyperämie mit kapillarer Diapedese aus dem die Granulosaepithelzellen vaskularisierenden Kapillarnetz.

b) Mechanisch durch bimanuelle Untersuchung, vor allem aber durch die Operation.

c) Durch die auf die Bildung des Corpus luteum folgende Menstruation.

4. Für eine gewisse Abhängigkeit der Bildung des Corpus haemorrhagicum von der Menstruation spricht das Fehlen oder das Zurücktreten der Corpus haemorrhagicum-Bildung bei Corpus luteum graviditatis.

5. Eine sichere Entscheidung dieser Fragen ist vorläufig noch nicht möglich, da die Gesetze der Blutresorption und Pigmentbildung innerhalb der Corpora lutea noch unbekannt sind. Jedenfalls sind die zweierlei Pigmentformen im Corpus luteum, diejenige der Luteinzellen und diejenige in den Bindegewebszellen noch strenger als bisher auseinanderzuhalten.

Arnold (2) fand bei einer 18jährigen Negerin in den ganz gesunden Ovarien 88 grössere Follikel mit mehreren „Oozyten“ (sic); nach den Abbildungen scheint es sich wirklich um Eier zu handeln so dass es der Mühe wert erscheint, die Befunde aufzuzählen. Er fand 35 Follikel mit 2 Eiern, 10 mit 3, 20 mit 4, 12 mit 5, je 2 mit 6, 7, 8 Eiern, 1 mit 9, 2 mit 10, schliesslich je 1 mit 11 und 13 Eiern; also eine ganz ausserordentliche Vielzahl von Eiern in den Graafschen Follikeln.

3. Tube. Jägerroos (59) findet in der Tubenschleimhaut, während des prämenstruellen Stadiums ähnliche Veränderungen wie im Uterus, nämlich Hyperämie, Ödem, aufgeblähte Kerne im Bindegewebe, glasiges, mehr homogenes, wenig faseriges Zwischengewebe und im Epithel neben gewöhnlichen zylindrischen Flimmerzellen oft vergrösserte Zellen und schlanke dunkle Zellen ohne Flimmern und ohne Basalmembran; die Veränderungen klingen mit der Menstruation ab und treten wieder zyklisch auf.

4. Uterus. R. Schröder (102) will nach seinen Untersuchungen des menstruellen Zyklus an 205 Uterusschleimhäuten folgende Gruppen unterschieden wissen:

a) Normale Schleimhäute 66 % des Gesamtmaterials, d. h. in sich gleichartige und mit der Menstruationsanamnese übereinstimmende Fälle.

Besprechung der Einzelheiten. Invaginationen und Gruppenbildung ist nicht pathologisch, da Kunstprodukt; sie kommen nur bei Abrasionen, nicht in uteri vor. Ödem und Blutungen kann man bei Abrasionen keinerlei Bedeutung für die Diagnose zuerkennen, da, wie genaue Tabellen zeigen, sie zu allen Zeiten vorkommen und offenbar zum Teil durch die Operationsart der Abrasio bedingt werden; der Vergleich mit den Uteri bestätigt das. Genaue Angaben über Rundzellen und Plasmazellen. Danach scheint es, als ob erst grössere

Herde von Rundzellen und mittlere Mengen Plasmazellen als entzündlich angesehen werden dürfen.

b) Phasenverschiebung: Bei histologisch normalen Fällen ist die klinische Phase gegen die anatomische verschoben. 1. Gruppe 3—5 Tage Unterschied, 14 Fälle; 2. Gruppe 5—7 Tage Unterschied, 3 Fälle; 3. Gruppe über 7 Tage Unterschied. Über ihre Bedeutung bisher keine Angaben möglich.

c) Pathologische Schleimhäute: 1. ungleichartige Schleimhäute, d. h. die Charakteristika mehrerer Phasen nebeneinander, 7 Fälle; 2. Ein Fall mit pathologischen Stromaveränderungen. 3. Hyperplasien, die hauptsächlich durch ein Zuviel von Zellen im einzelnen Drüsenschlauch charakterisiert sind, daher Wechselständigkeit und Mehrschichtigkeit in grosser Ausdehnung, aber nie Tiefenwachstum. Gleichartige Formen 6 Fälle, ungleichartige 3, stationäre (Albrecht) 5, solche mit atypischen Zellformen 2. Schliesslich tuberkulöse Endometritis, hier ebenfalls atypische Zellformen im Epithel.

d) 12 Schleimhäute in der Menopause, atrophische und leicht hyperplastische Formen.

Moritz (80) behauptet gegen Buettner, in 17 Fällen am Uterus von 10—60jährigen Personen im Gebiete des „Isthmus uteri" niemals schleimproduzierendes Epithel gefunden zu haben, vielmehr liess sich in allen Fällen, wo das Orificium internum histologicum im Schnitt erhalten war, ein scharfer Übergang zwischen flimmertragendem Isthmus und schleimspendendem Cervixepithel nachweisen. Demnach bestehe Aschoffs Dreiteilung des Uterus zurecht.

Graul (46) bestreitet die Existenz eines Isthmus uteri nach Untersuchung von 11 nicht graviden Uteri, vielmehr fällt der makroskopische innere Muttermund genau überein mit dem histologischen Übergang der Korpus- und Cervixschleimhaut (Mucikarminfärbung). An fünf schwangeren Uteri konnte, und zwar schon vom dritten Monate ab, nachgewiesen werden, dass ein Teil der Cervix mit zur Eihöhle verwendet wurde, mit decidualer Umwandlung der Cervixschleimhaut. Bei Placenta praevia centralis fand er sogar bis zum äusseren Muttermund hin Decidua. Seiner Meinung nach ist das untere Uterinsegment ein Cervikalabschnitt.

5. Vagina. Walcher (115) macht auf die Bedeutung der „Anguli vaginae" für die Prolapsbehandlung aufmerksam; sie liegen hinter dem Arcus pubis, zur Seite des Harnröhrenwulstes. Das Periost des absteigenden Schambeinastes ist hier unmittelbar mit der Vaginalwand verbunden, so dass letztere grubenförmig beiderseits eingezogen ist.

Druck der Königl. Universitätsdruckerei H. Stürtz A. G., Würzburg.

II. TEIL.

GEBURTSHILFE.

I.

Allgemeines, Lehrbücher, Lehrmittel.

Referent: Dr. K. Kamann.

A. Lehrbücher, Kompendien, Lehrmittel.

1. Bailey, F. R., Textbook of embryology. 2. ed. London, Churchill.
2. Baumm, Einführung in das neue preussische Hebammenlehrbuch. Prakt. Geburtsh. 6. Aufl. Berlin, Staude.
3. Beaucamp, S. R., Ratgeber für junge Frauen und Mütter. 2. Aufl. Bonn, P. Hauptmann. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 11. p. 430.
4. Bingham, S., Words to Wives on pregnancy and parturition. London, George Allen and Co. Ref. The Lancet. July 20. p. 159.
5. Blau, Jaschke, Kermauner, Knapp, Kroph, Mathes, Mayer, Neu, Novak, Payer, Pineles, Schottlaender, Stolz und Wagner, Die Erkrankungen des weiblichen Genitales in Beziehung zur inneren Medizin. Wien, Alfred Hölder.
6. Bonnet, Rob., Lehrbuch der Entwickelungsgeschichte. 2. neubearb. Aufl. Berlin, P. Parey.
7. Broman, Ivar, Normale und abnormale Entwickelung des Menschen. Ein Hand- und Lehrbuch der Pathogenie und Seratologie, speziell für praktische Ärzte und Studierende der Medizin. Wiesbaden, J, F. Bergmann. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28. p. 931.
8. *Bumm, Ernst, Grundriss zum Studium der Geburtshilfe. 8. verb. Aufl. Wiesbaden, J. F. Bergmann.
9. Cooke, Joseph B., A nurses handbook of Obstetrics for use in training-schools. 5. Aufl. Philadelphia and London, J. B. Lippincott Co.
10. Daniel, C., Le post-partum normal. Tome 1. Paris, A. Maloine.
11. *Döderlein, Albert, Leitfaden für den geburtshilflichen Operationskurs. 10. Aufl. Leipzig, G. Thieme.
12. Edghill, M., „Is it well with the child?“ A book for mothers and for speakers to mothers. London, Gardner.
13. Engel, St., Grundriss der Säuglingskunde. Ein Leitfaden für Schwestern, Pflegerinnen und andere Organe der Säuglingsfürsorge, nebst einem Grundriss der Säuglingsfürsorge von Marie Baum. Wiesbaden, J. F. Bergmann.

13a. *Fehling, Herm., Die operative Geburtshilfe der Praxis und Klinik. 2. Auflage. J. F. Bergmann.

14. Feldman, W. M., A manual of nursery hygiene. 2. ed. London, Baillière.
15. *Fraenkel, Ernst, Hygiene des Weibes. 2. Aufl. Berlin, Oskar Coblentz. Besprochen Münchn. med. Wochenschr. Nr. 10. p. 546.
16. Gaszynski, Stefan, Die Geburtshilfe, ein Lehrbuch für Ärzte und Zöglinge geburtshilflicher Schulen. Warschau. (Polnisch.) (Ein stattlicher Folioband von 912 Seiten, mit 360 Abbildungen. Die polnische Literatur der letzten Jahrzehnte hat nur wenig originelle Lehrbücher der Geburtshilfe aufzuweisen, meist wurden fremde Lehrbücher in polnischer Übersetzung gedruckt. Verf. wollte dem Mangel abhelfen und obwohl er in keiner Klinik Mitarbeiter hat, hat er sich der schwierigen Aufgabe mit einem

Riesenfleisse gewidmet. Das Werk gibt einen Überblick über den heutigen Stand der Lehre der Geburtshilfe an der Hand der neueren Lehrbücher verschiedener Sprachen, bringt aber auch sehr viel Eigenes, viele eigene Gedanken und Vorschläge, namentlich bezüglich der Beckenmessung z. B. Ein Verdienst des Verfassers ist es, dass er in diesem Lehrbuche so gewissenhaft als nur möglich die polnische Literatur und Kasuistik zusammengestellt hat. Das Buch ist der erste Band eines grosszügig geplanten Werkes. Der zweite Band soll die geburtshilflichen Operationen behandeln.) (v. Neugebauer.)

17. Guenther, Konrad, Vom Urtier zum Menschen. Ein Bilderatlas zur Abstammungs- und Entwickelungsgeschichte des Menschen. 2. Aufl. Zwei Bände. Stuttgart, Deutsche Verlagsanstalt.
18. Hertwig, O., Traité d'embryologie ou historie du développement de l'homme et des vertèbres. 3 éd. franç. par Ch. Julin. Paris, C. Reinwald.
19. Jardine, Robert, Delayed and Complicated Labour. London, Henry Kimpton. Glasgow, Alexander Stenhouse. 1911. Ref. The Lancet. Nr. 4610. p. 27. (Auf das grosse Material des Glasgower Frauenspitals sich stützendes, für Studenten und Praktiker gleich geeignetes Buch.)
20. Jeannin, C., et P. Guéniot, Thérapeutique obstétricale et gynécologique. Paris, Baillière et Fils.
21. Knapp, Geburtshilfliches Miniaturphantom. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. p. 990. (Aus Zelluloidmasse hergestelltes Becken und Gliederpuppe, die als Anschauungs- und Demonstrationsbehelf gute Dienste tun.)
22. Laboure, R., Memento d'obstétrique. Paris, Ollier-Henry.
23. Leighton, G., Embryology, the beginnings of life. London, Jack.
24. Meyer, L. M., Vom Mädchen zur Frau. Ein zeitgemässes Erziehungs- und Ehebuch. Allen reiferen Töchtern, Gattinnen, Müttern und Volkserziehern gewidmet. Stuttgart, Strecker und Schröder.
25. Michaelis, L., Kompendium der Entwickelungsgeschichte des Menschen, mit Berücksichtigung der Wirbeltiere. 5. Aufl. Leipzig, G. Thieme.
26. Moraller und Hoehl, Atlas der normalen Histologie der weiblichen Geschlechtsorgane. 3. Abt. Leipzig, Joh. Ambros Barth.
27. Pescatore, Pflege und Ernährung des Säuglings. Ein Leitfaden für Pflegerinnen und Mütter, bearbeitet von Langstein. 5. Aufl. Berlin, Springer. (Neu aufgenommen sind Ratschläge für die Hygiene des Säuglings in der heissen Zeit, sowie ein Abschnitt über medikamentöse Bäder und Kochrezepte.)
28. *Poll, Die Entwickelung des Menschen. Leipzig, Theodor Thomas. Besprochen Gyn. Rundschau. 1913. Heft 6. p. 221.
29. Rudaux, P., A. Grosse et V. Le Lorier, Clinique et thérapeutique obstétricale du praticien. Vigot fr. 1913. (Diagnose und Therapie der Geburtshilfe in alphabetischer Anordnung, um dem Praktiker zu ermöglichen, sich im Augenblick über einen bestimmten Punkt Rat holen zu können.)
30. Schliep, O., Wegweiser für unsere Mütter. 3. Aufl. Berlin, S. Mode.
31. De Seigneux, Précis d'obstétrique opératoire. 2. Teil. 1911. Genf-Paris. Kündig-Maloine.
32. Toeplitz, Fritz, Des Säuglings Ernährung und Pflege. Anleitung für Mütter aller Stände, Kinder- und Wochenpflegerinnen. 2. verb. Aufl. Breslau, Preuss und Jünger.
33. *Walther, Heinrich, Leitfaden zur Pflege der Wöchnerinnen und Neugeborenen zum Gebrauche für Wochenpflege und Hebammenschülerinnen. 4. verm. u. verb. Aufl. Mit 31 Textfiguren.
34. Zerwer, Säuglingspflegefibel. Berlin, Springer.

Bumms (8) Grundriss hat bereits die 8. Auflage erlebt. Das beredteste Zeugnis für die Güte dieses Buches.

Döderleins (11) Leitfaden ist eines der im In- und Auslande verbreitetsten geburtshilflichen Bücher geworden. Übersetzungen in die russische, japanische und französische Sprache liegen bereits vor; solche in die spanische und englische stehen bevor. Die neue 10. Auflage ist textlich und bildlich wieder verbessert und ergänzt.

Walthers (33) bereits in der 4. Auflage vorliegender Leitfaden ist gleich ausgezeichnet als Unterrichts- wie als Nachschlagebuch für den Pflegerinnen- und

Hebammenstand. Auch für den praktischen Arzt enthält das treffliche Buch zahlreiche praktische Winke.

Fehlings (13a) operative Geburtshilfe der Praxis und Klinik erlebt schon nach 4 Jahren die 2. Auflage. Das durch seine klare, angenehme Diktion ausgezeichnete Buch ist neu bearbeitet und durch mehrere Kapitel über den zervikalen Kaiserschnitt, über Eklampsie und über Placenta praevia erweitert.

Die neue 2. Auflage von Fraenkels (15) Hygiene des Weibes nimmt nicht nur Rücksicht auf die vielfachen Änderungen der Anschauungen, die sich in den letzten Jahren auf dem Gebiete der Geburtshilfe und Säuglingspflege vollzogen haben, sondern ist auch stark beeinflusst durch die Bestrebungen der letzten Zeit, die sexuelle Pädagogik in den Kreisen der Mütter und Erzieherinnen zu verbreiten.

Polls (28) Werkchen ist für den gebildeten Laien und den in der Embryologie minder bewanderten Arzt bestimmt; es schildert in leicht verständlicher Darstellung die wichtigsten Vorgänge von der Befruchtung des Eies bis zur vollen Ausbildung des Fötus auf Grund des Studiums menschlicher Eier. Die Abbildungen entsprechen nicht den schwer verständlichen Schnittbildern, sondern körperlichen Modellen.

B. Geschichtliche und sonstige Werke und Aufsätze allgemeinen Inhalts. Berichte aus Kliniken, Privatanstalten etc.

1. Adler, O., Die mangelhafte Geschlechtsempfindung des Weibes. 2. verm. u. verb. Aufl. Berlin, H. Kornfeld. 1911.
2. Ahlfeld, Friedr., Der Einfluss des Alters der Mutter auf das Geschlecht des Kindes. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 3.
3. Albecker, Károly, Agyakorlatból. Szülések. Gyógyászat. Nr. 2. (Bericht über zwei Geburtsfälle. 1. Zangengeburt bei einer überreifen Frucht; Tod infolge Sepsis. 2. Evolutio spontanea eines reifen, lebenden Kindes.) (Temesváry.)
4. Allport, Some seventeenth century obstetricians and their books. Amer. Journ. of Obst. July. p. 56.
5. Allport, W. H., Tristram Shandy and Obstetrics. The Amer. Journ. of Obst. April. (Interessante Plauderei über die englische Geburtshilfe des 18. Jahrhunderts, wie sie sich in dem bekannten Romane Tristram Shandy von Laurence Sterne darstellt.)
6. — Vergleichend-anatomische Studien zur Erläuterung der Architektur und Physiologie des menschlichen Beckens. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Oct. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 6. p. 214.
7. Barnard, E. P., Obstetric surgery at the Preston retreat. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 14. p. 49.
8. Bayer, Heinrich, Über Vererbung und Rassenhygiene. Jena, G. Fischer. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 16. p. 585.
9. Beck, F. W., Die Weltübel des Todes und der Geburt. Ein Ausblick auf eine kommende biologische Revolution. Frankfurt a. M., Neuer Frankf. Verlag.
10. Bekanntmachung, den Erlass einer Dienstanweisung für staatlich geprüfte Wochenbettpflegerinnen im Grossherzogtum Hessen betreffend. Darmstadt, Buchhandlung des grossherzogl. hess. Staatsverlags.
11. Bernheim-Karrer, J., Stillen und Stillunfähigkeit. Schweizer Korrespondenzbl. Bd. 42. Heft 26. p. 984.
12. Birk, W., Untersuchungen über den Stoffwechsel des neugeborenen Kindes. Samml. klin. Vortr. Herausgegeben von Döderlein, Abt. f. Gyn. Nr. 241/242.
13. Bornträger, J., Der Geburtenrückgang in Deutschland. Seine Bewertung und Bekämpfung. Auf Grund amtlichen und ausseramtlichen Materials mit Genehmigung des Herrn Ministers des Innern erfolgter erweiterter Nachdruck aus den „Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung". Würzburg, C. Kabitzsch.
14. Broman, J., Über geschlechtliche Sterilität und ihre Ursachen, nebst einem Anhang

über künstliche Befruchtung bei Tieren und beim Menschen. Wiesbaden, J. F. Bergmann. Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 71. p. 685.
15. Bruno, J., Die Mutterschaftsversicherung und ihre Bedeutung für die Säuglingsfürsorge. Veröffentl. a. d. Geb. der Medizinalverwaltung. Berlin, R. Schoetz.
16. Byers, John, The Evolution of Obstetric Medicine; with Illustrations from Some Old Midwifery Books. The Brit. Med. Journ. June 15. p. 1345. (Historische Studie.)
17. Davis, Modern Obstetrics. Journ. of Amer. Med. Assoc. July. p. 21.
18. — Edw. P., Modern Obstetrics with relation to the general practitioner, the student, the midwife and the specialist. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 59. Nr. 1. p. 21.
19. Doran, Alban, Dusée: His Forceps and His Contemporaries. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Empire. Vol. 22. Nr. 3. p. 119. (Gründliche historische Studie.)
20. Dose, Erna, Für werdende Mütter. Mitteilungen einer glücklichen Frau und Mutter. Berlin, H. Meusser.
21. Dumstrey, F., Die Körperpflege der Frau. Die Frau und ihre Hygiene in gesunden und kranken Tagen. Leipzig, Helios-Verlag.
22. Ellis, Havelock, Rassenhygiene und Volksgesundheit. Deutsche Original-Ausgabe. Würzburg, C. Kabitzsch.
23. Fairbairn, John S., and James M. Wyatt, The Maternity ward at St. Thomas hospital. London, and its work during 1911. (Beschreibung einer neu eingerichteten geburtshilflichen Station und klinischer Bericht über das Jahr 1911.)
24. Ferguson, Some twentieth century problems in relation to marriage and childbirth. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 22. Nr. 6. Dec. p. 317.
25. Fischer, Alfons, Die Mutterschaftsversicherung im Auslande. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 11. p. 596.
26. Fischer-Dückelmann, Anna, Das Geschlechtsleben des Weibes. Eine physiologisch-soziale Studie mit ärztlichen Ratschlägen. 15. verb. Aufl. mit Illustrationen, sowie einem zerlegbaren anatomischen weiblichen Modell. Berlin, H. Bergmüller.
27. Foerster, F. W., Marriage and the sex problem. London, Gardner.
28. Forsell, O. Hjson, Über die geburtshilfliche Wirksamkeit in der Entbindungsanstalt Pro Patria in der 100jährigen Periode 1780—1880. Hygiea. 1911. Nr. 2. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 18. p. 693.
29. Francke, Karl, Das Gesetz von der Umformung der Beine und die X-Beine unserer Frauen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17. p. 917.
30. Frau und Mutter, Die Zeitschrift f. Kinderpfl., Erziehung u. Gesundheit in Haus u. Familie. Wien, Neue Bibliothek.
31. Freund, H., und Klein, Die Geschichte der Strassburger Hebammenschule.
32. Garfunkel, Die chirurgische Richtung in der Geburtshilfe. Prakt. Wratsch. Nr. 32 bis 35. (H. Jentter.)
33. Glücksehe, Die, als die Offenbarung im Geschlechtlichen. Schöneberg-Berlin, Verlag Lebensreform.
34. Gmelin, Julius, Eine Frage an die Kirche zum Geburtenrückgang. Die christliche Welt. Marburg. Nr. 48 u. 52. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 8. p. 287.
35. Graefe, M., Über den Rückgang der Geburtenzahl in Deutschland im allgemeinen, in Halle a. S. im besonderen und seine Ursachen. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. 5. Jahrg. Heft 1.
36. Gräfe, Über den Rückgang der Geburtenzahl in Deutschland und seine Ursachen. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Leipzig. Sitzg. vom 16. Dez. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 188. p. 659.
37. Greil, Alfr., Richtlinien des Entwickelungs- und Vererbungsproblems. Beiträge zur allgemeinen Physiologie der Entwickelung. 1. Teil. Prinzipien der Ontogenese und des biogenetischen Grundgesetzes. Jena, G. Fischer.
38. — Richtlinien des Entwickelungs- und Vererbungsproblems. Grundzüge der allgemeinen Morphobiologie und Entwickelungsdynamik. 2. Teil. Anpassung und Variabilität, Ererbung und Erwerbung, Geschlechtsbestimmung, Entwickelungs- und Vererbungstheorien. Jena, G. Fischer.
39. Guggisberg, Hans, Geburtshilfe und Strafrecht. Ein akademischer Vortrag. Bern, A. Francke. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 19. p. 683. (Vorschläge zur Schweizer Strafrechtsreform.)
40. Gummert, Über den Geburtenrückgang in Deutschland und seine Ursachen. Ärztl.

Verein in Essen-Ruhr. Sitzg. vom 16. Juli. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 48. p. 2293.
41. Haecker, Val., Allgemeine Vererbungslehre. 2. verm. Aufl. Braunschweig, F. Vieweg u. Sohn.
42. Hagen, G. J., Obstetrics in general practice. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 59. Nr. 20. p. 1762. (Bericht über 1116 Entbindungen in allgemeiner Praxis.)
43. Hastreiter, J., Was jeder junge Mann zur rechten Zeit erfahren sollte. 3. Aufl. München, Ernst Reinhardt.
44. — Was jeder junge Mann zur rechten Zeit erfahren sollte. Ärztliche Belehrungen über das Wissenswerteste in geschlechtlichen Dingen. 4. Aufl. München, E. Reinhardt.
45. Heil, Geburtshilfliche und gynäkologische Mitteilungen aus der Praxis. Repertorium der praktischen Medizin. 1911 u. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 19. p. 683. (Zwölf für den Praktiker bestimmte Aufsätze. Reiche Kasuistik, viele beherzigenswerte Winke.)
46. Heimann, Ernst, Chemisch-physiologische und klinische Studien über Systogen, ein synthetisches Sekale-Ersatzpräparat. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25. p. 1370.
47. Heynemann, Th., Zur Geschichte der geburtshilflichen Klinik der Universität Halle. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 71. Heft 1. (Kurzer Abriss zur Geschichte der Hallenser geburtshilflichen Klinik von ihrer Gründung im Jahre 1694 bis zur Gegenwart.)
48. Hirsch, Max, Was ist Frauenkunde? Zentralbl. f. Gyn. Nr. 49.
48a. Hunter, The role of the female infertilitas matrimonii. Amer. Journ. of Surg. Nr. 7. p. 277.
49. Jaschke, Rud., Neue Erfahrungen in der Technik der Ernährung, sowie zur Physiologie und Pflege der Neugeborenen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 1.
50. — Ziele und Erfolge der Säuglingsfürsorge an Gebäranstalten. Naturf.-Versamml. in Münster. Bericht Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41. p. 1356.
51. *Jaworski, J., Die Geburtshilfe für die Bevölkerung Warschaus in den städtischen Entbindungsanstalten. Gaz. Lekarska. Nr. 5. p. 145—149. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
52. Joint Discussion on the Maternity Benefits Clause of the National Insurance Act. The Lancet. Nr. 4632. p. 1538. (Meinungsaustausch der vereinigten Edinburger und Glasgower geburtshilflich-gynäkologischen Gesellschaft über die wahrscheinliche Wirkung der Mutterschaftsprämien-Klausel in der Nationalversicherungsakte auf die geburtshilfliche Lehrtätigkeit und Praxis in Schottland.)
53. Kakuschkin, Zur Organisation der Geburtshilfe in Ssaratow. Wratsch. Gaz. Nr. 49. Sitzungsber. d. phys.-med. Ges. zu Ssaratow. (H. Jentter.)
54. — Bericht über die Tätigkeit der Konferenz der städtischen Geburtshelfer für das Jahr 1911. Journ. akusch. i shensk. boles. März. (H. Jentter.)
55. Kärcher, Max, Ethik und Hygiene der Ehe. Gemeinverständlich dargestellt. Strassburg, J. Singer.
56. Kaufmann, M., Die moderne Entwickelung der Geburtshilfe. Med. i Kronika Lek. Nr. 2. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
57. Klien, Rud., Die Behandlung der Blutungen in der Geburtshilfe, mit besonderer Berücksichtigung der neueren Medikamente und Methoden. Berl. Klinik. Heft 290. Fischers med. Buchhandlung.
58. Köhler, Fritz, Arabische Geburten. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 44. p. 2083.
59. Koller, H., Stillen und Stillunfähigkeit. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 21. p. 777.
60. Kolossow, Nestor Maximowitsch Ambodik. 27. Okt. 1744 bis 24. Juli 1812. Journ. akusch. i shensk. boles. Juli-August. (Historische Studie.) (H. Jentter.)
61. Kosmak, Geo. W., A months record of the labor cases occuring in the outdoor service of the Lying-in-hospital. The Bull. of the Lying-in-hospital of the City of New York. June.
62. Kreutzmann, Henry J., Reflexionen nach 25jähriger Privatpraxis als Geburtshelfer. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. August. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51. p. 1742.
63. Lacasse, R., Hygiène de la grossesse. Conseils prat. aux jeunes mères. Paris, Fournier et Co.
64. Lichtenstein, Geschichte der Eklampsiestatistik. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19. p. 593.
65. Liebl, L., Landarzt und Geburtshilfe. Österr. Ärztezeitg. p. 213 u. 230.

66. Linke, Die Bedeutung der Eierstöcke für die Entstehung des Geschlechtes. Med. Klinik. Nr. 6.
67. Loewenfeld, L., Über das eheliche Glück. Erfahrungen, Reflexionen und Ratschläge eines Arztes. Wiesbaden, J. F. Bergmann.
68. Löwenstein, Ferd., Chronik der geburtshilflichen Abteilung der Frauenklinik München 1910. Inaug.-Diss. 1911. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 1. p. 84.
69. Marcuse, Julian, Die Beschränkung der Geburtenzahl, ein Kulturproblem. München 1913. Ernst Reinhardt. (Kritisch besprochen Berl. klin. Wochenschr. Nr. 53. p. 2494.)
70. Marek, Richard, Über den Einfluss des Alters auf die erste Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Gyn. Rundschau. Heft 14. p. 514. Heft 15. p. 549.
71. Meirowsky, E., Geschlechtsleben der Jugend, Schule und Elternhaus. Flugschr. d. deutsch. Ges. zur Bekämpfung der Geschlechtskrankh. Neue Aufl. 12. Heft.
72. Merletti, Alcuni problemi sociali dell' Ostetricia e Ginec. moderna. L' Arte Ostetr. Nr. 23. Milano. Bd. 26. p. 337. (Artom di Sant' Agnese.)
73. Mitteilungen aus der gynäkologischen Klinik des Prof. Otto Engström. Bd. 10. Heft 1. Berlin, S. Karger.
74. Mitteilungen aus der zweiten Frauenklinik der kgl. ungarischen Universität zu Budapest. Von Prof. W. Tauffer. II. 1. Berlin, S. Karger.
74a. Mitteldorf, Josef, Chronik der geburtshilflichen Abteilung der kgl. Frauenklinik München 1910. Inaug.-Diss. 1911. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 1. p. 84.
75. Muratow, Zur Verantwortlichkeit des Geburtshelfers für zufällige Schädigungen bei Operationen. Journ. akusch. i shensk. bol. April. (H. Jentter.)
76. Newell, F. S., Die Verantwortlichkeit des Geburtshelfers. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. 1911. Dec. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19. p. 621.
77. Newsholme, A., The declining birth-rate. London, Cassell and Co. 1911.
78. Niederhofer, J., Das gestörte Geschlechtsleben, Ursachen, Folgen und Behandlungsart, nach vieljährigen Erfahrungen leicht fasslich und belehrend dargestellt für jedermann. Leipzig, M. Spohr.
79. Noeggerath, C. T., Das Stillverbot bei Tuberkulose und Tuberkuloseverdacht. Wiesbaden, J. F. Bergmann.
80. Noslin, A., Ce qu'il faut que toute jeune fille sache la coquetterie et la santé — l'hygiène, le mariage. Paris, Libr. Nilsson. Per Lamm et Cie.
81. Okintschitz, Aus der geburtshilflichen Kasuistik. Russki Wratsch. Nr. 38. (1. Multipara, bewusstlos eingeliefert, im achten Monat gravid. Extreme Anämie, subnormale Temperatur, starke variköse Venenerweiterungen. Uterus prall gespannt, keine Geburtstätigkeit. Keine Blutung. Im Harn viel Eiweiss. Bauchschnitt; freies Blut im Abdomen. In den breiten Bändern und längs den Uteruskanten Varizen, davon war eine am linken Uterushorn geplatzt. Das Uterusperitoneum war an mehreren Stellen aufgeplatzt. Kaiserschnitt nach Polano. Im Uterus sehr viel Blut, die Plazenta lag frei in der Gebärmutterhöhle. Frucht in Totenstarre. Supravaginale Amputation. Heilung. 2. Allgemein verengtes Becken bei einer IIIpara. Conj. diag. 9. Hebosteotomie nach Döderlein. Forzeps. Lebendes Kind. Gewicht 3950 g. Heilung. 3. Allgemein verengtes Becken bei einer IIpara. Conj. diag. 9,5. Vorderhauptslage. Hebosteotomie. Forzeps. Lebendes Kind. Gewicht 3870. Endometritis. Heilung.) (H. Jentter.)
82. Parry, Angenette, The Relation of Athletics to the Reproductive Life of Woman. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 66. Nr. 3. p. 341. (Verfasserin teilt das Ergebnis ihrer Rundfragen bei sporttreibenden Männern und Frauen, von Zirkusdamen und Ärzten verschiedener Fächer mit über den Einfluss der Athletik auf die Menstruation, die Geburtstätigkeit, auf Verlagerungen, auf Wochenbett und Laktation. Die Erfahrungen lauteten meist dahin, dass in früher Jugend begonnene sportliche Betätigung eher günstig als schädlich wirkt. Mit Mass und Berücksichtigung der individuellen Kräfte betriebener Sport ist für den Ablauf der genitalen Funktionen des Weibes nur förderlich.)
83. Pinard, De l'évolution de l'obstétricie et d ses rapports mutuels avec l'évolution sociale. Annales de Gyn. et d'Obst. Mars. p. 129.
84. Pilf, Geburtenrückgang. Verein der Ärzte Wiesbadens. Sitzg. vom 16. Okt. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 49. p. 2337.
85. Platz, Wilh., Das Recht des ungeborenen Kindes auf Leben. Inaug.-Diss. Freiburg 1910. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. p. 1409. (Platz vertritt entgegen Hegar

die Ansicht, dass ein solches Recht wohl zu berücksichtigen sei, zumal uns die verbesserte Technik der letzten Jahre in der abdominellen und vaginalen Sectio Mittel an die Hand gebe, um in der Klinik das Recht ohne Gefährdung der Mutter zu wahren. Nicht nur ethische, sondern auch praktische und besonders soziale Motive drängten hierzu; denn durch die moderne Säuglingsfürsorge sei die Kindersterblichkeit wohl auf ein Minimum herabgedrückt.)

86. Ploss, Heinrich, und Max Bartels, Das Weib in der Natur- und Völkerkunde. Anthropologische Studien. 10. Aufl. Leipzig, Th. Grieben.

87. *Polubogatow, Über Schwangerschaftsverlauf, Geburt und Wochenbett reifer Erstgebärender. Journ. akusch. i shensk. bol. Okt. Nov.

88. Popowa, Zur Notwendigkeit inniger Beziehungen zwischen den geburtshilflichen Institutionen und den Säuglingskonsultationen. Journ. akusch. i shensk. bol. Okt. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu Petersburg. (H. Jentter.)

89. — Zur Notwendigkeit enger Beziehungen zwischen Gebäranstalten und Säuglingskonsultationen. Russki Wratsch. Nr. 25. (H. Jentter.)

90. Rajewsky, Zur geburtshilflichen Pathologie und Therapie. Therap. obosren. Nr. 17. (H. Jentter.)

91. Ritchie, P., Early obstetrical experiences. St. Paul med. Journ. Vol. 14. Nr. 12. p. 610.

92. Rohleder, H., Monographien über die Zeugung beim Menschen. Bd. 2: Die Zeugung unter Blutsverwandten. Leipzig, Georg Thieme. Ref. Schmidts Jahrb. d. ges. Med. Bd. 317. Heft 3. p. 291.

93. *Rosner, Aus den Grenzgebieten der Geburtshilfe und Chirurgie. Krakauer ärztl. Ges. am 14. Febr. Przegl. Lekarski. Nr. 12. p. 225. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)

94. Rotter, Henrik, En genika és szülészet. Gyógyászat. Nr. 44, 45. Abhandlung über die Engenik. Mit Rücksicht auf diese will Rotter die syphilitischen Schwangeren unbehandelt lassen und erst nach erfolgter Fehlgeburt die Frauen durch eine antiluetische Kur zur Zeugung gesunder Kinder fähig machen.) (Temesváry.)

95. Runge, Ernst, Praktische Ergebnisse aus dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynäkologie. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 6.

96. Sagrjaskin, Alexej, Chronik der geburtshilflichen Abteilung im Jahre 1911. Inaug.-Diss. München.

96a. Sastrebow, Zur Organisation von Gebäranstalten im Interesse der Mutterschaft und des Säuglingsschutzes. Journ. akusch. i shensk. bol. Juli-August. (H. Jentter.)

97. Schmidt, Hans Hermann, Geburtshilfliche Kleinigkeiten. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 34. p. 1846. (Kurzer Bericht über an der deutschen geburtshilflichen Klinik in Prag gewonnene Erfahrungen über Beckenhochlagerung in der Geburtshilfe, über Ätherrausch, über Dammnaht (Technik und Anästhesie), über Zusammenhang zwischen dem Aufstehen der Wöchnerinnen und der Dyspepsie der Säuglinge und über Ozetbäder bei frühgeborenen Kindern.)

98. Schmorl, Zur Geschichte der Plazentarzellenembolie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 39.

99. Schöner-Rottach, Otto, Zur Frage der Vorausbestimmung des Geschlechtes beim Menschen. Hegars Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 17. Heft 2. (Polemik gegen Dr. Weinberg.)

100. Schröppe, Die stillende Mutter. St. Petersburger med. Zeitschr. Nr. 11. p. 165.

101. Schumann, Edward A., Die Sorge für die schwangere Frau vom Standpunkte der Erhaltung der Kinder. Monthly cyclop. and med. bull. Nov. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 18. p. 671. (Die Fürsorge für die Kinder erfordert auch Bestrebungen zur Verhütung von Aborten und Fehlgeburten, sowie im allgemeinen sorgfältige Diätetik für die Schwangeren, um möglichst kräftige und gesunde Kinder zu erzielen.)

102. Schwarz, Henry, Remarks on teaching obstetries. The Amer. Journ. of Obst. Jan. p. 53.

103. Seher, Carl, Warum gibt es so viele unglückliche Frauen? Eine ernste Mahnung an Frauen und solche, die es werden wollen. Chemnitz, G. Koezle.

104. Sellheim, Hugo, Die Tuberkulose in Geburtshilfe und Gynäkologie. Der Frauenarzt. Nr. 6. p. 242.

105. — Das Geheimnis vom Ewig-Weiblichen. Stuttgart, Ferd. Enke. 1911. Besprochen: Deutsche med. Wochenschr. Nr. 11. p. 521.

106. Semmelink, H. B., Statistisches über 600 Geburten der Privatpraxis. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 71. p. 368.
107. Shoemaker, F., Obstetric experiences among the american indians. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 58. Nr. 1. Jan. p. 31. (Die herrschende Ansicht, dass die Indianerfrauen sehr leicht gebären, hat keine allgemeine Gültigkeit und wird durch Wiedergabe einiger Kasuistiken eingeschränkt.)
108. Soskind, Michael, Bericht über die geburtshilfliche Tätigkeit der kgl. Frauenklinik zu München 1908. Inaug.-Diss. 1911. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 1. p. 84.
109. Ssizinsky, Die Erfolge der Geburtshilfe und Gynäkologie in der Gegenwart und ihre nächsten Ziele in der Zukunft. Russki Wratsch. Nr. 16. (H. Jentter.)
110. Stelz, Ludwig, Entstehung und Entwickelung des Menschen und die sich daraus ergebenden Regeln für das Geschlechtsleben der reiferen Jugend. Leipzig, Ambros. Barth.
112. Stratz, H., Die Schönheit des weiblichen Körpers. Den Müttern, Ärzten und Künstlern gewidmet. 21. Aufl. Stuttgart, F. Enke.
113. Thorn, W., Über die Ursachen des Geburtenrückganges und die Mittel zu seiner Bekämpfung, unter besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse der Stadt Magdeburg. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. 5. Jahrg. Heft 1.
114. Tóth, István, A mai szülészet. Aus der Sitzg. des Vereins der Spitalärzte am 30. Dez. 1911. Ref. Orvosi Hetilap. Nr. 5. (Tóth fasst die wichtigsten Momente der modernen Geburtshilfe in vier Gruppen zusammen: 1. In der Behandlung der Geburt bei engem Becken ist er für eine zuwartende Geburtsleitung und will nur nötigenfalls die chirurgischen Eingriffe vornehmen. 2. Bei Placenta praevia warnt er vor den wenig wirksamen und gefährlichen Tamponaden. 3. Bei Eklampsie ist die rasche Beendigung der Geburt, eventuell nach erweiternden Operationen, das empfehlenswerteste. 4. Bei Retention von Eiteilen nach Geburt oder Abort mit Fieber empfiehlt er ein schonend aktives Vorgehen. Für alle diese Fälle ist eine Anstaltsbehandlung vorteilhaft und sollen darum neue Geburtshäuser errichtet werden.) (Temesváry.)
115. Tsakona, Sokrates S., Die Griechin im Hinblick auf die Grösse, Beckenmessung, Beginn der Periode usw. Gyn. Rundschau. Heft 8. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 6. p. 214. (Statistische Studie, die sich auf 2500 Beobachtungen stützt. Die Durchschnittsgrösse der Griechin beträgt 1,57 m. Die Beckenmasse Dist. spin. 22—24, Crist. 27—28. Conj. ext. 19—20. Die Menarche tritt gegen Ende des 13. Jahres ein. Von 1000 verheirateten Frauen sind 1—3 unfruchtbar. Die Gebärenden zählen durchschnittlich drei Geburten. Bei den Griechen ist die weisse Haut vorherrschend. In zweiter Linie kommt die braune, in geringer Anzahl die dunkelbraune Hautfarbe vor. 80 % aller haben braune Haare und Augen. Blondinen und Schwarzhaarige sind seltener.)
115a. Tussenbroek, C., Het noedvrauwen wegen in Nederland. Amsterdam. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 7. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 3. 1913. (A. Mijnlieff.)
116. Verhandlungen der gynäkologischen Sektion der XI. Versammlung polnischer Ärzte und Naturforscher in Krakau vom 18.—21. Juli 1911. Herausgegeben von der polnischen Gynäkologischen Gesellschaft. Krakau. 516 p. (Polnisch.) (Der Band ist der Lemberger Universität zur Feier ihres 250jährigen Bestehens gewidmet und enthält ein kurzes Resumé der in demselben enthaltenen Vorträge in französischer Sprache. Hauptthema: Unterbrechung der Schwangerschaft vom medizinischen, gerichtlichen und kirchlichen Standpunkte aus.)
117. Vidal, Überwindung der Stillhindernisse durch die Mutterberatungsstellen. Münchn. med. Wochenschr. p. 1327.
118. Vierath, Willy, Geschlechtstrieb und Sinnlichkeit beim Weibe. Eine Studie. Oranienburg, F. Koslowsky.
119. Veit, J., Über die Ursachen der Verminderung der Fruchtbarkeit. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. 5. Jahrg. Heft 1.
120. Walcher, Die Anguli vaginae und ihre Bedeutung für die Geburtshilfe und Gynäkologie. Arch. f. Gyn. Bd. 97. p. 362.
121. Wawor, G., 20 Jahre Geburtshilfe auf dem Lande. Prager med. Wochenschr. Nr. 30 bis 33. Ref. Zentralbl. f .Gyn. 1913. Nr. 8. p. 288. (Sehr ausführlicher Bericht mit interessanter Kasuistik, auf Grund deren Wawor zu allen Fragen der Pathologie und der modernen Geburtshilfe vom Standpunkte des Praktikers Stellung nimmt.)

122. Weill, Beitrag zur Entwickelungsmechanik des Geschlechtes. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 6. p. 674.
123. Wolf, Julius, Der Geburtenrückgang und seine Bekämpfung. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 49 u. 50. p. 2297 u. 2351.
124. — Der Geburtenrückgang, die Rationalisierung des Sexuallebens in unserer Zeit. Jena, Gustav Fischer.

Rosner (93) hat sich seit 10 Jahren mit den in das Grenzgebiet der Geburtshilfe und Chirurgie fallenden Fragen beschäftigt, namentlich mit der Komplikation der Schwangerschaft mit Appendizitis und seine Ansichten veröffentlicht in dem Przeglad Chirurgiczny. Jenen Fällen fügt er heute sechs neue hinzu. Rosner ist der Ansicht, dass die Schwangerschaft als solche niemals eine Appendizitis hervorruft, wohl aber könne sie eine Rekrudeszenz einer früher bestandenen Appendizitis hervorrufen. Besonders häufig findet diese Rekrudeszenz statt zwischen dem dritten und sechsten Monate. Die Prädisposition dazu soll gegeben sein in der physiologischen Verschiebung der Därme nach oben und links zu, welche vom dritten Schwangerschaftsmonate beginnt. Die rechterseits liegenden Darmgebiete seien dann leichter einer Gewalteinwirkung von seiten des Uterus und der Frucht ausgesetzt. Der Verlauf der Appendizitis in der Schwangerschaft ist ernster als ohne Schwangerschaft und die Mortalität der Appendizitis in der Schwangerschaft viermal grösser als ausserhalb einer Schwangerschaft. Da die Abszesswand des eitrig erkrankten Wurmfortsatzes durch Kontraktionen des Uterus gezerrt wird, kann es zu Zerreissungen der Abszesswand kommen und angesichts des dann erfolgenden Eiteraustrittes in die Bauchhöhle kann es leicht zu allgemeiner Peritonitis kommen. Ferner wird das Netz durch den wachsenden Uterus in die Höhle verschoben und fällt seine Rolle fort, ein Schutz eines Abszesses gegen Platzen nach der offenen Bauchhöhle hin zu sein.

Rosner bespricht ferner den Einfluss der Appendizitis auf den Verlauf der Schwangerschaft und erwähnt den grossen Prozentsatz von Aborten infolge der Appendizitis. Kürzlich fand er einmal in dem Blute eines tot geborenen Fötus Bacterium ilei commune in dem Herzen und in der Plazenta. In dem Bauchhöhleneiter fand sich ausserdem auch Streptokokkus. Der grosse Uterus erschwert die Diagnose einer Appendizitis, in puerperio denkt man selten an Appendizitis und diagnostiziert irrtümlicherweise eine puerperale Peritonitis. Therapeutisch verlangt Rosner ein möglichst rasches radikales, operatives Eingreifen. Von fünf sofort operierten Frauen abortierten zwei, aber alle genasen, die sechste Frau, zu spät operiert, starb.

Rosner bespricht ferner die Beziehungen zwischen Wurmfortsatz und Uterusannexen zur Extrauterinschwangerschaft und zur Sterilität und verlangt, in den chirurgischen Lehrbüchern solle die Appendizitis gesondert geschildert werden bei Männern und bei Frauen. Bei Frauen soll erst recht immer möglichst früh operativ vorgegangen werden. (v. Neugebauer.)

Polubogatow (87). Statistische Arbeit: Das Material umfasst 321 reife (30—35 Jahre) und 90 alte (36—47 Jahre) Erstgebärende. Schlusssätze. Reife Erstgebärende werden im allgemeinen später menstruiert und die Menstruationsdauer ist länger als gewöhnlich. Der Verlauf der Schwangerschaft wird häufiger durch verschiedenene Anomalien gestört, wie Ödeme und Blutungen. Vomitus scheint seltener zu sein. Zwillingsgeburt ist bei ihnen häufiger als im Durchschnitt. Reife Erstgebärende kommen seltener ad terminem als Erstgebärende überhaupt. Beckenenge ist ein wenig häufiger, als bei Kreissenden überhaupt; die Zahl der operativen Eingriffe jedoch ist bedeutend höher als im Durchschnitt. Beckenendlage kommt häufiger vor, und je älter die Kreissende, desto häufiger ist diese Lage. Die Geburtsdauer ist bei reifen Erstgebärenden in 52 % länger als in der Norm; je älter die Kreissende, desto mehr verschleppte Geburten (auf Kosten der Austreibungsperiode). Wehenschwäche, sonderlich sekundäre, wird bei

50 % reifer und bei 45 % alter Erstgebärender beobachtet. Dammrisse sind bedeutend häufiger; je älter die Kreissende, desto häufiger sind Dammverletzungen. Eklampsie ist häufiger bei alten Erstgebärenden als überhaupt; die Mortalität bei Eklampsie aber ist niedriger. Albuminurie und Ödeme werden öfter konstatiert. Vorzeitiger Fruchtwasserabgang ist häufiger als bei Erstgebärenden überhaupt. Puerperale Erkrankungen sind viel häufiger als im Durchschnitt. Die Mortalität ist nicht hoch. Reife Erstgebärende gebären mehr Knaben als Mädchen, alte dagegen mehr Mädchen. Tot- und asphyktisch Geborene sind viel häufiger. Das durchschnittliche Gewicht der Kinder, die Grössenmasse und der Kopfumfang sind grösser als in der Norm. (H. Jentter.)

C. Sammelberichte.

1. Albeck, Skandinavische Literatur über Geburtshilfe und Gynäkologie 1910—1911. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 4. p. 466.
2. Bienenfeld, Bianca, Aus französischen Gesellschaften. Sammelbericht über 1911. Gyn. Rundschau. Heft 18. p. 694.
3. Björkenheim, Edv. A., Die geburtshilfliche und gynäkologische Literatur in Schweden und Finnland 1911 in schwedischer Sprache. Gyn. Rundschau. Heft 17. p. 657. Heft 18. p. 688. Heft 19. p. 711.
4. — Die geburtshilfliche und gynäkologische Literatur in Schweden und Finnland 1912 in schwedischer Sprache. Sammelreferat. Gyn. Rundschau. 1913. Heft 7. p. 262. Het 8. p. 300. Heft 9. p. 338.
5. Bondi, Josef, Anatomie, Physiologie und Pathologie des Amnion und der Nabelschnur. Sammelreferat über die Literatur der Jahre 1910 und 1911. Gyn. Rundschau. 1913. Heft 2. p. 74.
6. Brink, Die Bakteriologie des weiblichen Genitales. Sammelreferat über die Literatur der Jahre 1910 unfd 1911. Gyn. Rundschau. 1913. Heft 5. p. 182.
7. Cummings, H. H., A review of the obstetric work of the university hospital maternity for the year ending. July 1. Phys. and Surg. Vol. 34. Heft 12. p. 510.
8. Die geburtshilflich-gynäkologischen Dissertationen der deutschen und Schweizer Universitäten im Wintersemester 1911/1912. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 1. p. 84.
9. Die geburtshilflich-gynäkologischen Dissertationen der deutschen Universitäten. Sommersemester 1912. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 1. p. 130.
10. Engström, Otto, Mitteilungen aus der gynäkologischen Klinik des Prof. Otto Engström in Helsingfors. Bd. 10. Heft 1. Berlin, S. Karger.
11. Falgowski, W., Über entzündliche Adnexerkrankungen, einschliesslich der Para- und Perimetritis. Sammelreferat über die Literatur des Jahres 1911. Gyn. Rundschau. 1913. Heft 7. p. 251. Heft 8. p. 289. Heft 9. p. 325.
12. Heil, Karl, Physiologie, Diätetik und Pathologie des Wochenbettes, Sammelreferat über die Literatur des Jahres 1911. Gyn. Rundschau. Heft 17. p. 653. Heft 18. p. 676.
13. Ihm, Eduard, Bericht über die Verhandlungen der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung der 83. Naturforscherversamml. Leipzig, B. Konegen.
14. Labhardt, Alfr., Physiologie der Geburt und Geburtsmechanismus. Sammelreferat aus der Literatur des Jahres 1911. Gynäkol. Rundschau.
15. Lehndorff, Heinrich, Hämatologie des Neugeborenen. Sammelreferat über die Literatur des Jahres 1911. Gyn. Rundschau. Heft 23. p. 872.
16. Meyer-Ruegg, Uterusruptur. Sammelbericht über die Literatur 1909—1911. Gyn. Rundschau Heft 24. p. 902.

16a. Neugebauer, Fr. v., Bericht über die polnische geburtshilflich-gynäkologische Literatur des Jahres 1911. Gyn. Rundschau Heft 23. p. 878. Heft 24. p. 906. 1913. Heft 1. p. 30.

17. Olow, John, Brief aus Schweden. Bericht über die im Jahre 1911 in schwedischen Zeitschriften erschienenen geburtshilflich-gynäkologischen Veröffentlichungen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 4. p. 451.
18. Palm, H., Rückblick auf die Gynäkologie und Geburtshilfe in den Jahren 1911 und 1912. Gyn. Rundschau. 1913. Heft 1. p. 13.

19. Puppel, Ernst, Die Therapie der Plazentarverhaltung des fieberhaften Abortes. Sammelreferat. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 4. p. 470.
20. — Die Appendizitis, ihre Beziehungen zur Geburtshilfe und Gynäkologie. Sammelreferat über 1911 und erste Hälfte 1912. Gyn. Rundschau. 1913. Heft 10. p. 369.
21. Schickele, G., Kritischer Rückblick über die wichtigsten Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynäkologie im Jahre 1911. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 9. p. 488. Nr. 10. p. 546. (Lesenswertes, übersichtliches, kritisches Referat.)
22. Schreiber, P., Aus der italienischen Literatur. Gyn. Rundschau. Heft 14. p. 534. Heft 15. p. 567.
23. Stein, Arthur, Bericht über die geburtshilflich-gynäkologische Literatur in Nordamerika. 1. Halbjahr 1911. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Heft 5. p. 564.
24. Stiassny, Sigmund, Aus der amerikanischen Literatur des Jahres 1911. Gyn. Rundschau. 1913. Heft 2. p. 78.
25. Stolper, Lucius, Eieinbettung und Plazentation. Sammelreferat über die Literatur des Jahres 1911. Gyn. Rundschau. Heft 12. p. 460.
26. Stratz, C. H., Geburtshilfe und Gynäkologie in Niederland. Sammelreferat für das Jahr 1912. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. Heft 1. p. 333.
27. Tussenbrock, Catharine van, Bericht über die niederländische geburtshilflich-gynäkologische Literatur des Jahres 1911. Gyn. Rundschau. 1913. Heft 4. p. 148.

II.

Hebammenwesen.

Referent: Prof. Dr. H. Walther.

1. Alfieri, E., Il contributo della Levatrice alla profilassi ostetrica. (Der Beitrag der Hebammen zur geburtshilflichen Prophylaxis.) Gazz. Ital. d. levatrici. Siena. Anno 1. p. 193.
2. Ahlfeld, Verbot oder Einschränkung der inneren Untersuchung für Hebammen. Zeitschrift f. Med. Nr. 13. Deutsche Med.-Zeitg. Nr. 39.
3. Annalen für das gesamte Hebammenwesen. Bd. 3. Verlag von Elwin Staude, Berlin.
4. Auerbach, Soziales und Hygienisches aus Palästina. Halbmonatsschr. f. soz. Hyg. u. prakt. Med. Nr. 12. (Beschreibung der geburtshilflichen Zustände in Palästina, wo arabische Hebammen meist zu Rate gezogen werden. Ausbildung nicht in Schulen, sondern bei Hebammen, Fernhaltung des Arztes, grosse Morbidität und Mortalität, im ganzen noch recht rückständige Zustände. Kulturhistorisch interessante Studie.)
5. Baumm, Rückblicke auf die letzte Tagung der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens. Zeitschr. f. d. ges. Hebammenwesen. Bd. 4. Heft 4.
6. — Die praktische Geburtshilfe. Wiederholungsbuch für Hebammen und Einführung in das neue preussische Hebammenlehrbuch. 6. Aufl. Berlin, E. Staude.
6a. — Ausbildung der Hebammen und Einschränkung der Hebammenkonkurrenz. Annal. f. d. ges. Hebammenwesen. Bd. 3. Heft 3.
7. Burckhard, Studien zur Geschichte des Hebammenwesens. Leipzig. Verlag von Wilh. Engelmann. Bd. I. Heft 1. Die Deutschen Hebammenverordnungen von ihren ersten Anfängen bis auf die Neuzeit. I. Teil. 258 p.
8. Appel, C., How to Become a Certified Midwife. Which now appurs in a new edition, revised and brought up to dale by Victoria, E. M. Bennet, London 1911.
9. Baker, S. Joseph, Schools for Midwives. Amer. Journ. of Obst. Febr.
10. Balfour Marshall, G., A Manuel of Midwifery for Students and Practitioners. With

9 colored plates and 125 illustrations in the text. Glasgow. Ref. Amer. Journ. of Obst. April.
11. Eden, A manual of Midwifery. With 339 illustrations in the text. London 1911. Ref. The Lancet. April.
12. Emmons, A. Br., and J. L. Huntingdon, The Midwife. The Amer. Journ. of Obst. March.
13. Fullerton, A. M., A Handbook of Obstetric Nursing for Nurses, Students and Mothers. Philadelphia 1911. Ref. Amer. Journ. of Obst. April.
14. Dienstanweisung für die Hebammen im Königreiche Preussen. Berlin, 14. Sept.
15. Dohrn, Die Beaufsichtigung der Hebammen durch den Kreisarzt. Annal. f. d. ges. Hebammenwesen. Bd. 3. Heft 2. Zeitschr. f. Medizinalbeamte. Nr. 14.
16. — Innere Untersuchung der Gebärenden. Allg. Deutsche Hebammenzeitg. 1911. Nr. 26. Verhandl. d. gyn. Ges. zu Dresden.
17. Eckstein, Österreichische Zustände bei der Ausbildung von Hebammen. Annal. f. d. ges. Hebammenwesen. Bd. 3. Heft 2.
18. — Zur Frage der modernen Ausbildung der Hebammen. Ann. f. d. ges. Hebammenwesen. Bd. 4. Heft 4.
19. — Österreichischer Hebammenkalender für 1913. Bearbeitet nach Piscaĉeks Lehrbuch für Hebammen.
20. Engelmann, Bemerkungen zu dem Aufsatz Rissmanns: „Kann man die Einrichtung spezieller Kurse für gebildete Frauen empfehlen?“ Ann. f. d. ges. Hebammenwesen. Bd. 3. Heft 3.
21. Freund, Einweihungsfeier der neuen Hebammenschule in Strassburg. Strassburger med. Zeitg. 1911. Heft 3.
22. Freund und Klein, Die Geschichte der Strassburger Hebammenschule. Festschrift. Strassburg.
23. Frommholz, Beobachtungen aus der Praxis bei der prophylaktischen Einträufelung in die Augen Neugeborener. Med. Klinik. 1911. Nr. 40.
24. Gebauer, Bericht des II. internationalen Hebammenkongresses 1911 in Dresden. Ann. f. d. ges. Hebammenwesen. Bd. 3. Heft 1.
25. Grünbaum, Die Einschränkung der inneren Untersuchung durch die Hebammen und ihr Einfluss auf die Morbidität des Wochenbettes. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35.
26. Hauser, Nachprüfungen und Fortbildungskurse als Mittel zur Fortbildung der Hebammen. Wie können sie zweckmässig ausgestaltet werden? Ann. f. d. ges. Hebammenwesen. Bd. 4. Heft 1.
26a. Hebammenkalender, Deutscher. 1913. 25. Jahrg. Verlag von E. Staude, Berlin.
27. Herrenschneider, Lehrbuch der Hebammenkunst. 1911. Strassburger Druckerei und Verlagsanstalt u. Filiale Colmar.
28. — Die Hebammenkunst in Bildern. Atlas mit 201 Figuren auf 140 Tafeln. Ibid.
29. Hilligenberg und Burmeister, Säuglingsfürsorge auf dem Lande. Zeitschr. f. Säuglingsschutz. Juliheft. (Während Hilligenberg die Hebammen nicht für genügend vorgebildet hält für die Säuglingsfürsorge, plädiert gerade Burmeister für solche durch die Hebammen, für Kontrolle, ob die Kinder gestillt werden, und sorgt u. a. auch für Unterstützung der Hebammen aus Kreismitteln für diesen Zweck.)
30. Kirstein, Wie ist der theoretische und praktische Unterricht der Schülerinnen in den Hebammenlehranstalten nach dem Hebammenlehrbuch am zweckmässigsten zu gestalten? Ann. f. d. ges. Hebammenwesen. Bd. 3. Heft 2.
31. — Leitfaden für den Hebammenunterricht. Berlin, Verlag von Hirschwald.
32. Koblank, Das Kindbettfieber, seine Ursache, Prophylaxe und Behandlung. Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung. Nr. 13.
33. — Zur Frage und Einschränkung der inneren Untersuchung und des Verbots der Tamponade. Ann. f. d. ges. Hebammenwesen. Bd. 3. Heft 1.
34. Leisewitz, Innere Untersuchung intra partum. Ann. f. d. ges. Hebammenwesen. Bd. 3. Heft 3.
35. Litterski, Auch ein Wort zur Frage der inneren und äusseren Untersuchung der Schwangeren bezw. Gebärenden. Zeitschr. f. Med. Nr. 13.
36. — Bemerkungen zu dem Aufsatz von Rissmann: „Über die Vorbildung der preussischen Hebammenschülerinnen“. Zeitschr. f. Med. Nr. 3.
37. Löwenhaupt, Die geburtshilflichen Polikliniken und die praktizierenden Hebammen. Ann. f. d. ges. Hebammenwesen. Bd. 3. Heft 3.

38. Müllerheim, Über die Fortschritte in der modernen Geburtshilfe. Halbmonatsschrift f. soz. Hygiene u. prakt. Med. Nr. 25.
39. Pinzani, E., Se, quante volte e in qual momento la Levatrice nell' assistere il parto dovrà praticare l' esplorazione vaginale. (Ob, wie oft und in welchem Augenblicke die Hebamme bei der Geburt die Untersuchung per vaginam vornehmen soll.) Gazz. Ital. d. levatrici. Siena. Anno 1. p. 5.
40. Piskacek, Lehrbuch für Schülerinnen des Hebammenkursus. 5. Aufl. Wien und Leipzig, Wilhelm Braumüller.
41. Pommering, Hebammenprämien als Mittel zur Förderung des Selbststillens. Prager med. Wochenschr. Nr. 3.
42. Preussisches Hebammen-Lehrbuch, herausgegeben im Auftrage des Kgl. Preuss. Ministers des Innern. Ausgabe 1912. Berlin, Jul. Springer. (Dritte Auflage der Ausgabe 1904.)
43. Rissmann, Die medizinischen Fachmänner in ihrer Stellung zu den Juristen. Zeitschrift f. d. ges. Hebammenwesen. Bd. 3. Heft 4.
44. — Thesen zu dem Thema Unterricht und Fortbildung der Hebammen auf dem Gebiete der Säuglingskunde und Säuglingsfürsorge. Ann. f. d. ges. Hebammenwesen. Bd. 3. Heft 2.
45. — Säuglingsfürsorgeschwester und Hebammenschwester. Eine Parallele im Jahre 1912. Ann. f. d. ges. Hebammenwesen. Bd. 4. Heft 4.
46. — Kann man die Einrichtung spezieller Kurse für gebildete Frauen empfehlen? Zeitschrift f. d. ges. Hebammenwesen. Bd. 3. Heft 4.
47. Rockwitz, Vergrösserung der Hebammenbezirke, ein Mittel zur Verbesserung der Hebammenwesens. Ann. f. d. ges. Hebammenwesen. Bd. 3. Heft 2.
48. Rodenwaldt, Eingeborene Hebammen in Anacho, Togo, Westafrika. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 6.
49. Santi, E., Cosa puo fare la Levatrice per arrestare una emorragia dopo il secondamento. (Was kann die Hebamme tun, um eine Blutung nach der Nachgeburt zu stillen?) Gazz. Ital. d. levatrici. Siena. Anno 1. p. 228.
50. Semon, Über Entbehrlichkeit und weitere Einschränkung der inneren Untersuchung in der Hebammenpraxis. Zeitschr. f. d. ges. Hebammenwesen. Bd. 3. Heft 4.
51. Springfeld, Geburtenrückgang und Hebammenreform. Ann. f. d. ges. Hebammenwesen. Bd. 3. Heft 4.
52. Strassmann, Die Bedeutung der äusseren und inneren geburtshilflichen Untersuchung, mit Berücksichtigung der Gesundheitsstatistik für die Wöchnerinnen. Allg. Deutsche Hebammenzeitg. 1911. Nr. 12.
53. Suessmann, Genügen die Vorschriften des preussischen Hebammenlehrbuches den Anforderungen der neuzeitigen Säuglingsfürsorge? Zeitschr. f. Med. Nr. 3.
54. Thomalla, Die Vorbildung der preussischen Hebammenschülerin. Zeitschr. f. Med. Nr. 3.
55. Truzzi, E., Dell' uso della tintura di iodio, come energico e pron to disinfettante nella pratica delle Levatrici. (Über die Anwendung der Jodtinktur, als energisches und schnelles Desinfiziens in der Hebammenpraxis.) Gazz. Ital. d. levatrici. Siena. Anno 1. p. 177.
56. Van Tussenbroek, Das Hebammenwesen in den Niederlanden. Gyn. Rundschau. Nr. 7.
57. Walther, Zur Frage der Wiederholungslehrgänge für Hebammen. Gyn. Rundschau. Nr. 9 u. 10.
58. Williams, Medical Education and the Midwife Problem in the United States. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Jan. Ref. Amer. Journ. of Obst. March.
59. Winter, Beteiligung der Hebammen an der Entstehung des Kindbettfiebers. Ann. f. d. ges. Hebammenwesen. Bd. 3. Heft 1.
60. — und Radtke, Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung. Bd. 1. Heft 1. Ursache und Bekämpfung des Kindbettfiebers. Berlin, Rich. Schoetz.
61. — Hebamme und Kindbettfieber. Allg. Deutsche Hebammenzeitg. Nr. 3.
62. Winter (Wien), Bemerkungen zum Gesetzentwurf betreffend die Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Der Amtsarzt, Nr. 4.
63. Zeitschrift für das gesamte deutsche, österreichische und schweizerische Hebammenwesen. Bd. 3. Stuttgart. Verlag von Ferd. Enke.
64. Zerwer, Schwester, Antonie, Säuglingsfibel. Berlin, Jul. Springer.
65. Zukunft Deutschlands. Festgabe der Grossherzogl. Zentralstelle für Landes-Stati-

stik zu Ehren der Ausstellung der „Mensch". Darmstadt, Grossh. Staatsverlag. Verfasst von Regierungsrat Knöpfel.

Unter den Neuerscheinungen des Berichtsjahres muss in erster Linie das preussische Lehrbuch Ausgabe 1912 genannt werden, zumal es ausser in Preussen auch in anderen Bundesstaaten eingeführt ist. Nach umfangreichen Vorarbeiten einer von dem Minister berufenen Kommission hat das Lehrbuch entsprechend den neuesten Fortschritten der Geburtshilfe sowie den erhöhten Anforderungen die heutzutage an die Aus- und Fortbildung der Hebammen gestellt werden, eine eingehende Umarbeitung erfahren, ohne dass dabei der Grundcharakter des Buches wie die Einteilung der Paragraphen geändert wurde. Die Übersichtlichkeit des Buches hat durch die den Inhalt der betreffenden Paragraphen enthaltenden Stichworte erheblich gewonnen. Einzelne Abschnitte (z. B. allgemeine Krankheitslehre, Knochenlehre, Wundheilung, Wundkrankheit, Desinfektion, Säuglingspflege, Kindbettfieber) sind ausführlicher und besser als früher dargestellt. Auch der illustrative Teil ist gegenüber der früheren Auflage entschieden verbessert, auch vermehrt (jetzt 86 Figuren gegenüber 73), obwohl nicht geleugnet werden darf, dass leider die veralteten, wenig künstlerischen Figuren (64—71 und andere) hätten ausgemerzt und durch bessere ersetzt werden können. Die wichtigste Änderung betrifft 1. die Desinfektionsordnung, 2. die Einschränkung der inneren Untersuchung, 3. die Erweiterung der operativen Befugnisse. Die Unterscheidung der einfachen und verschärften Desinfektion ist weggefallen; an Stelle des Sublimates ist als Desinfektionsmittel Kresolseifenlösung getreten. Der Hauptwert der Desinfektion wird mit Recht auf den Alkohol gelegt. Ob die neue Desinfektionsordnung mit der noch dazu erlaubten Verdünnung des Alkohols mit Wasser (z. B. auch des Brennspiritus) und der Herstellung der $1^1/_2$ %igen Kresollösung als zweckmässig und gerade als einfach anzusehen ist, möchte Ref. vorerst bezweifeln. Die innere Untersuchung soll nach Möglichkeit eingeschränkt werden, wobei diejenige Schwangerer nur auf besondere Fälle beschränkt werden soll, während man (mit Recht! Ref.) von dem von anderer Seite früher vorgeschlagenen gänzlichen Verbot der inneren Untersuchung abgesehen hat. Die operative Befugnis ist insofern etwas erweitert, als bei Placenta praevia die Sprengung der Fruchtblase und, falls der Fuss dahinter liegt, ein Anziehen desselben bis vor die Schamspalte erlaubt ist, um hierdurch die nicht ungefährliche Tamponade nach Möglichkeit einzuschränken. Auch hier ist die Tamponade, wie auch bei Fehlgeburt, nicht gänzlich verboten, wohl mit Rücksicht auf die allerdings seltenen (Ref.) Fälle, die in der Landpraxis dieselbe notwendig machen. Im Instrumentarium sind einige Änderungen hinzugekommen (Kornzange, Verbot des Gummikatheters), ebenso enthält die Dienstanweisung präzisere Vorschriften gegen früher. Abgesehen von einigen Unstimmigkeiten, die in einer späteren Auflage verbessert werden müssen, bedeutet die neue Ausgabe einen sehr wesentlichen Fortschritt für die intensivere Ausbildung der Hebammen.

Auch in Österreich ist das amtlich eingeführte Piskačeksche Hebammenlehrbuch neu erschienen in verbesserter und erweiterter, übrigens im Gegensatz zu vielen Hebammenlehrbüchern vortrefflich illustrierter Ausgabe (101 sehr anschauliche, in zweckmässiger Auswahl meist dem Bummschen Grundriss entnommene Bilder, dgl. auch noch Präparate der Hebammenlehranstalt). Das Buch, dessen letzte Auflage ausführlich besprochen wurde, zeichnet sich durch ausserordentlich klare Darstellung aus, ist ausführlich, dabei aber im Vergleich zu dem preussischen Lehrbuch und anderen noch knapper und übersichtlicher geschrieben, jedenfalls in einer für den Unterricht völlig erschöpfenden Form. Von besonderem Wert ist, dass hier, was anderwärts nicht der Fall ist, auch kleine Handreichungen der Hebamme, welche dieser stets geläufig sein müssen (Katheterismus, Handgriff zur äusseren Beckenschützung, Dammschutz in Seiten- und Rückenlage, Credésche Einträufelung, Messung der Conjugata, äusserer Doppelhandgriff bei atonischer Blutung), auch im Bilde wiedergegeben sind, Bilder, die in anderen Lehrbüchern, auch dem preussischen, leider fehlen. Zur Desinfektion ist 2 %ige Lysollösung vorgeschrieben. Das Buch lässt

sozusagen weder textlich noch in bezug auf Anschaulichkeit der Abbildungen etwas vermissen, gerade im Gegensatz zu dem Herrenschneiderschen Lehrbuch, dessen anatomisch-physiologischer Teil zwar sehr gut, aber zu ausführlich gearbeitet ist, während der eigentlich geburtshilfliche Teil, abgesehen von zahlreichen Fehlern, zu knapp gehalten ist. Der diesem sozusagen als Appendix zugehörige Atlas lässt durch die vielfach dilettantenhaften, dazu auch schlecht kopierten Konturenzeichnungen jegliche Anschaulichkeit der Bilder vermissen.

Einen in der Tat leicht verständlichen Auszug, allerdings aus dem preussischen Hebammenlehrbuch 1905, bildet der Kirsteinsche Leitfaden, welcher auch in einzelnen Punkten ein kleines Kommentar zu dem Lehrbuch enthält. Ref. möchte dieses Buch gerade dem Praktiker empfehlen, da es wünschenswert ist, dass auch der Geburtshilfe treibende Arzt den Inhalt des Hebammenlehrbuches kennt, um nicht, wie schon so oft beobachtet ist, im Zusammenarbeiten mit den Hebammen in unliebsamen Widerspruch mit dem Tun und Lassen der Hebammen zu geraten. Kirsteins Leitfaden erleichtert dem Arzte wesentlich, sich rasch über den Inhalt des Hebammenlehrbuches zu orientieren.

Eine lebhafte Diskussion hat die Frage der „inneren Untersuchung" Kreissender zur Folge gehabt. Winter hält in der Hebammenpraxis, obwohl nach seinen Ausführungen die Infektionen durch ärztliche Eingriffe häufiger sind als durch die Hebammentätigkeit, immerhin die innere Untersuchung, ganz besonders aber die Tamponade für eine grosse Gefahr, und fordert Unterlassung, bzw. Einschränkung der inneren Untersuchung auf besondere Fälle, obligatorische Anwendung des Gummihandschuhes, ausserdem Einschränkung bzw. Verbot der Tamponade wie der manuellen Lösung (letzteres sicherlich mit Recht, Ref.!!). Auch Semon empfiehlt Einschränkung für solche Fälle, in denen die äussere Untersuchung nicht völlige Klarheit bietet, ebenso Dohrn, der sich im wesentlichen gegen Ahlfeld wendet. Im Widerspruch zur Forderung des Gummihandschuhes stehen die Untersuchungen von Koblank, welcher nachwies, dass die mit Handschuh untersuchten Frauen keine geringere Mortalität aufweisen als die ohne Handschuh untersuchten, welcher bezüglich der inneren Untersuchung hervorhebt, dass die innere Untersuchung in der Hebammenpraxis nicht ganz entbehrt werden kann, während andererseits die äussere Untersuchung noch immer mehr vervollkommnet werden muss, um die innere in besonderen Fällen entbehrlich zu machen. Wie das neue preussische Lehrbuch gestattet auch die bayerische Dienstanweisung in der Änderung des § 15 die zweite Untersuchung nach dem Blasensprung nur, wenn der Verlauf den Eintritt von Regelwidrigkeiten besorgen lässt. Grünbaum ist nicht für Verbot der inneren Untersuchung, falls der Gummihandschuh gebraucht wird, empfiehlt also obligatorische Einführung desselben. Mit allem Nachdruck wendet sich Ahlfeld gegen das gänzliche Verbot der inneren Untersuchung und weist u. a. auch (übrigens gleich Winter) darauf hin, dass der langsame Abfall der Wochenbettsterblichkeit nicht einseitig auf das Konto der Hebammen gesetzt werden darf (eine Ansicht, die man auf Grund der Prüfung der Zählkarten sicherlich bestätigen muss, Ref.!) in Anbetracht der Polypragmasie vieler Ärzte, für welche Winters Arbeiten ein interessantes statistisches Material erbringen. Die bei dieser Diskussion gestreifte Frage nach der Schuld der Hebamme in der Puerperalfieberfrage wird zwar von mancher Seite (Ahlfeld, Winter, Grünbaum) zugunsten der Hebamme beantwortet, trotzdem muss auf die bessere intensivere Ausbildung und Fortbildung der Hebamme, gerade vom Standpunkt der Puerperalfieberfrage aus, also nicht nur vom rein pädagogischen Standpunkt aus, noch mehr hingearbeitet werden, was Baumm, Kirstein, Hauser und Walther in ihren Arbeiten betonen. Baumm legt auf die gründliche Vorbildung besonderes Gewicht und scheut sich nicht, ungenügend vorgebildete Elemente noch während des Lehrgangs zu entlassen, womit er zugleich die Verminderung der Hebammenkonkurrenz zu fördern imstande ist. In einem Rückblicke auf die Münchener Tagung der Vereinigung zur Förderung der Hebammenwesens (1911) verteidigt er nochmals seinen Stand-

punkt, dass in erster Linie die Hebammenschulen die eigentlichen Stätten zur Ausbildung und Fortbildung der Hebammen sind.

• Dass mit der Ausbildung allein nicht das wünschenswerte Endziel erreicht werden kann, dass vielmehr bei dem derzeitigen Hebammenmaterial, eine dauernde Überwachung im Berufe sowie eine obligatorische Fortbildung für alle Hebammen notwendig ist, bringen Dohrn, Hauser und Walther scharf zum Ausdruck. Dohrn hält die seit 1906 in Preussen vorgeschriebene verschärfte Beaufsichtigung im Beruf nicht nur für berechtigt, sondern auch im Interesse der Puerperalfieberfrage für dringend notwendig. Die vortrefflichen, schon im Grossherzogtum Baden bestehenden Einrichtungen (jährliche Nachprüfung durch die Kreisoberhebärzte, jedes 2. Jahr durch den Bezirksarzt) werden von Hauser eingehend geschildert. Auch er hält, gleich Walther, der noch einmal über die günstigen Erfahrungen, die im Grossherzogtum Hessen mit den Nachkursen gemacht worden sind, berichtet, obligatorische Fortbildungskurse für ein unbedingtes Erfordernis zur Sanierung der puerperalen Verhältnisse.

Wie bei der Ausbildung, wird auch bei den Wiederholungslehrgängen neuerdings auf die Unterweisung in der Säuglingspflege und der späteren Fürsorge besonderes Gewicht gelegt. Einen in dieser Hinsicht für den Unterricht wie zur Aufklärung der Laien vortrefflichen Wegweiser bietet die Säuglingspflegefibel der Schwester Zerwer, welche in ausgezeichneten Bildern und leicht verständlichem Texte sozusagen jede Phase der Säuglingspflege in den ersten und späteren Lebenswochen schildert. Die intensivere Ausbildung in der Säuglingspflege ist deshalb schon angebracht, weil, wie (im Gegensatz zu Hilligenberg) von Burmeister überzeugend nachgewiesen wird, sich die Hebammen in diesem Zweige der Hygiene sehr gut betätigen können, ohne zu pfuschen, z. B. durch Kontrolle des Stillens, durch Teilnahme an den Sprechstunden der Zweigstellen der Säuglingszentralen (neuerdings in Hessen vielfach erprobt, Ref.). Die von vielen Seiten verworfenen Stillprämien für Hebammen behufs Förderung des Selbststillens werden von Pommering wieder empfohlen (immerhin nicht mit Recht, Ref.). Bezüglich der Gesichtspunkte, welchen der Unterricht und die Fortbildung auf dem Gebiete der Sänglingskunde und -Pflege zugrunde gelegt werden sollen, gibt Rissmann eine klare präzise Darstellung.

Die materielle Lage der Hebammen lässt immer noch zu wünschen übrig, was am deutlichsten aus dem von Rissmann angestellten Vergleich der Stellung einer Hebamme mit derjenigen einer Säuglingsschwester erhellt. Eine Revision der sogenannten Hebammenverträge erweist sich allenthalben als erforderlich, ist übrigens durch die Fortbildungskurse, wie Walther nachweist, in Hessen neuerdings angeregt und auch in Angriff genommen worden.

Die Zeitschrift für das gesamte deutsche, österreichische und schweizerische Hebammenwesen, herausgegeben von Burckhard, Rissmann und Walther, welche eine Reihe vortrefflicher Arbeiten aus dem gesamten Gebiete des Hebammen- und Pflegerinnenwesens brachte, ist im Berichtsjahr als selbständige Zeitschrift leider eingegangen, jedoch von jetzt ab mit den Annalen für das gesamte Hebammenwesen vereinigt, sodass nunmehr in einem einzigen Organ die gesamte Hebammenliteratur vereinigt erscheint, womit einer Zersplitterung aufs beste entgegengearbeitet wird.

Die Literatur für Hebammen speziell (Allgemeine deutsche Hebammenzeitung, sächsische, bayerische Hebammenzeitung, der deutsche und österreichische Hebammenkalender) bringt für ihren Leserkreis auch im letzten Jahre viel Anregendes, neuerdings auch im illustrativen Teil z. B. durch Abbildung seltener Präparate, seltener Geburtsfälle sehr viel Belehrung für die Hebammen.

III.

Physiologie der Geburt.

Referent: Dr. Zietzschmann.

Allgemeines.

1. Adachi, S., Zur Frage der Blutveränderung bei Schwangeren und Gebärenden. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 17. p. 174.
2. Balard, Anatomisch klinische Studien über die Auskultation des kindlichen Herzens am Ende der Schwangerschaft und während der Geburt. Inaug.-Diss. Lyon. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 905.
3. Eckert, Karl, Klinische Untersuchungen über Abnahme und Reparation der Merkfähigkeit durch den Gebärakt. Inaug.-Diss. Freiburg 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1478.
4. Fuchs, Diskussion zu Unterberger (16). Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 527. (Glaubt, dass beim Höhenstande des Kontraktionsringes individuelle Verschiedenheiten eine zu grosse Rolle spielen, um sichere Rückschlüsse auf die Eröffnung des Muttermundes zu gestatten. Die rektale Untersuchung, die zu wenig geübt wird, gibt hinreichend Aufschluss über die Weite des Muttermundes und das Verhältnis des Kopfes zum Becken.)
5. Guicciardi, G., Pro e contro la protezione del perineo nel parto. (Für und gegen den Dammschutz in der Geburt.) Gazz. Ital. d. levatrici. Siena. Anno 1. p. 81.
6. Healy, D. J., and J. H. Kastle, Internal Secretion of Mammae as Factor in Onset of Labor. Journ. of Infectiuos Diseases. Chicago. March. X. Nr. 2. Ref. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. p. 1150.
6a. Hochstein, Zur Frage über die Unterbindung und Behandlung des Nabelstumpfes. Russki Wratsch. Nr. 47. (Hochstein berichtet über die Resultate der gewöhnlichen Methode mittels sterilen Bändchens und Gipsverbandes, jedoch ohne Binde, bei täglichem Bade. Nachblutungen kommen nicht vor, Mumifikation geht normal vor sich, Eiterung ist selten. Eine ideale Methode ist noch nicht ersonnen, die in der Gebäranstalt zu Moskau gebräuchliche aber ist zur Zeit eine der besten.) (H. Jentter.)
7. Jastrebow, Über die Bedeutung der Ergebnisse der experimentellen Physiologie des Geburtskanals bei Tieren für die Erklärung des Geburtsaktes beim Weibe. Journ. akusch. i shensk. bol. Sept. (Die Kontraktionen der Scheide bei Tieren tragen den Charakter eines peristaltischen Tetanus. Bei Durchtrennung aller spinalen und sympathischen Nerven konnten Kontraktionen ausgelöst werden: die Scheide hat also automatische Zentren. Im Lumbalabschnitt des Rückenmarks liegt ein beschleunigendes Zentrum, in der Oblongata ein Depressor und vielleicht ein zweites beschleunigendes Zentrum. Die Kontraktionen des graviden Uterus kann man nicht peristaltisch nennen, sie sind vielmehr ein peristaltischer, vorwärts schreitender Tetanus. Der Geburtsakt tritt ein dank dem, dass das Zentrum in der Oblongata durch Kohlensäure gereizt wird.) (H. Jentter.)
8. Kreiss, Philipp, Über die Gerinnungsfähigkeit des Blutes während der Schwangerschaft, der Geburt und im Wochenbett. Inaug.-Diss. Heidelberg 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1166.
8a. Mangiagalli, L., Rottura artificiale delle membrane. (Conferenza.) (Künstliche Ruptur der Eihäute.) (Vortrag.) Arte Ostetrica. Milano. Anno XXVI. p. 273.
9. Müglich, Diskussion zu Unterberger (16). Zit. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 527.
10. Müller, R., Die Grössenveränderungen des Herzens vor und nach der Entbindung.

Med. Verein in Greifswald. 7. Juli 1911. Ref. Deutsche med. Wochenschr. p. 42. (Röntgenologische Messungen.)

10a. Möller, W., Ist eine doppelte Ligierung der Nabelschnur bei Entbindung notwendig oder vorteilhaft? Allm. Svensha Läkartidn. Nr. 41, (In 656 Fällen wurde doppelt, in 654 nur einfach ligiert. In diesen Fällen lösten sich in einem bedeutend grösseren Prozentsatz die Plazenten während $^1/_4$ Stunde, und weiter war die Prozentzahl der nach $^1/_2$ Stunde noch nicht abgegangener Plazenten weniger als bei denen, in welchen eine doppelte Ligierung stattfand. (Silas Lindqvist.)

11. Robertson, R., Lateral incision of the Perineum. Edinburgh Obst. Soc. Ref. The Lancet. p. 872. (Die Inzisionen wurden namentlich angewendet bei Erstgebärenden, bei hinteren Hinterhauptslagen und bei Rigidität des Dammes.)

12. Sachs, Diskussion zu Unterberger (16). Zit. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 527.

13. Samuel, Max, Über eine weitere Anwendung der Beugelage beim Dammschutz. Zentralbl. f. Gyn. p. 1047.

14. Schuster, Hedwig, Die rektale Untersuchung in der Geburtshilfe. Inaug.-Diss. Heidelberg. Zit. Münchn. med. Wochenschr. p. 1976.

15. Turner, Rob. H. Regeln zur Behandlung von Geburt und Wochenbett. Monthly Cyclop. and Med. Bull. Philadelphia. Oct. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 313. (Für Hebamme und Wärterin bestimmte Regeln.)

16. Unterberger, jun. Fr., Zur Verfeinerung der äusseren Untersuchung intra partum. Nordostd. Ges. f. Gyn. 10. Febr. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 525. (Unterberger behauptet, dass man auch lediglich durch die äussere Untersuchung die Weite des Muttermundes mit genügend grosser Genauigkeit festzustellen imstande ist. Man hat nämlich nur auf den Stand des Kontraktionsringes zu achten, von dem zu sprechen man bisher nur bei starker Überdehnung des unteren Uterinsegments gewohnt war. Es muss sich aber bei jeder Wehe eine scharfe Grenze zwischen der harten, sich kontrahierenden Muskulatur und dem dünnen, sich nicht kontrahierenden und daher weichen Uterinsegment bilden. Diese kann man bei einiger Übung recht gut heraustasten, vorausgesetzt, dass die Blase vollkommen entleert ist. Fühlt man den Kontraktionsring etwa zwei Querfinger über der Symphyse, so kann man mit grösster Wahrscheinlichkeit den Muttermund auf Fünfmarkstückgrösse erweitert annehmen. Bei drei Querfingern über der Symphyse hat er die Weite eines kleinen Handtellers, bei vier Querfingern ist er vollkommen verstrichen.)

17. Villapadierna, E. M., Der Fötus am Ende der Geburt in Spanien. El Siglo méd. 6., 13., 20. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1244.

18. Werbow, Das Gesetz der peristaltischen Bewegung in der Physiologie des Geburtsaktes. Journ. akusch. i shensk. bol. März. Sitzungsber. d. geb.-gyn. Ges. zu Petersburg. (H. Jentter.)

19. Winter, Diskussion zu Unterberger (16). Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 527.

20. Zamorani, G., La difesa del perineo. (Conferenza.) (Der Schutz des Dammes.) (Vortrag.) Arte Ostetr. Milano. Anno XXVI. p. 193—209.

Geburtshilfliche Asepsis.

1. Bilsted, Grossichs Desinfektionsmetode anvendt paa Födende. (Grossichs Desinfektionsmethode auf Gebärende angewandt.) Ges. f. Gyn. u. Obst. 8. Nov. 1911. Ref. Ugeskrift for Laeger. p. 1223—1225. (O. Horn.)

1a. Fieux, Einfache Asepsis der Gummihandschuhe. Rev. prat. d'obst. et de paed. 25. Jahrg. Nr. 274. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1600.

2. Frey, E., Warum wirkt gerade 70 %iger Alkohol so stark bakterizid? Deutsche med. Wochenschr. p. 1633. (Das Maximum der desinfizierenden Wirkung des 70 %igen Alkohols lässt sich in der Wirkung des Alkohols auf trockenes Eiweiss erklären. Nur mittlere Konzentrationen von Alkohol verändern das Eiweiss im Sinne einer Koagulation so, dass es, nach der Vorbehandlung mit Alkohol in Wasser gebracht, seine Quellungsfähigkeit sowie seine Löslichkeit in Wasser einbüsst, während schwache und starke Konzentrationen nicht in derselben Intensität wirksam sind. Das Maximum

dieser Wirksamkeit auf Eiweissstoffe, an Serumalbumin geprüft, liegt bei 60—70 %.)
3. Kennel, W., Heisswasser-Alkohol-Desinfektion oder Handschuhprophylaxe in der Geburtshilfe. Diss. Basel. Ref. Gyn. Helvetica. p. 121. (Im Frauenspital Basel wird seit 1901 die Ahlfeldsche Heisswasser-Alkoholmethode durchgeführt, die Pubes werden gekürzt, mit heissem Wasser und Seife gewaschen und mit Sublimat abgespült. Nur vor Operationen wird in Narkose die Vulva rasiert und mit Seifenspiritus desinfiziert. Gummihandschuhe werden nur bei Fiebernden und bei Lues zur Untersuchung gebraucht.)
4. v. Klein, Diskussion zu Semon (13). Ref. Deutsche med. Wochenschr. p. 1522. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 661. (Ist für prinzipielles Rasieren der Kreissenden.)
5. Laubenheimer, K., Bemerkungen zu: Kritik der Händedesinfektionsmethoden von R. Schaeffer (10). Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. p. 645.
6. Licini, C., Bakteriologische Untersuchungen über die Händedesinfektion nach Novaro. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 76. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1134. (Fünf Minuten lange Seifenwaschung, dann Waschung in einer 10 %igen Natrium carbonicum-Lösung, dann in 1 %igem Kal. permang., dann in einer 10 %igen Lösung von Natr. bisulfat., dann endlich eine mindestens 10 Minuten lange Waschung in heisser 1 ‰iger Sublimatlösung.)
7. Littauer, Wanderkorb des Vereins Mutterschutz. Demonstr. Ges. f. Geb. u. Gyn. in Leipzig. 18. Dez. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1000. (Wanderkörbe für arme Gebärende, die Wäsche für Mutter und Kind, Unterlagen, Bettwäsche, Handtücher, Watte, Wasch- und Bettschüssel enthalten und auf den Sanitätswachen bereitstehen. Die Kosten eines Korbes belaufen sich auf etwa 60 Mk. Nach Gebrauch wird der Inhalt der Körbe durch die städtische Desinfektionsanstalt desinfiziert.)
7a. Pestalozza, E., Sull' uso dei guanti nell' assistenza al parto. (Über den Gebrauch des Handschuhes bei der Geburt.) Gazz. Ital. d. Levatrici. Siena. Anno 1. p. 49.
8. Pilod, M., Die antiseptische Kraft der Seife. Presse méd. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1600.
9. Queisner, Diskussion zu Semon (13). Ref. Deutsche med. Wochenschr. p. 1522. Monatsschr. f. Geb. u .Gyn. Bd. 35. p. 662. (Ist Gegner der Gummihandschuhe.)
10. Schaeffer, R., Kritik der Händedesinfektionsmethoden. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 71. p. 8.
11. Schumburg, Über die keimtötende Kraft des Alkohols. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 9. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 632.
12. Sell, Diskussion zu Semon (13). Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 662.
13. Semon, Inwieweit lassen sich die heutigen Anforderungen der Asepsis in der häuslichen Geburtshilfe durchführen? Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. 23. März. Ref. Deutsche med. Wochenschr. p. 1522. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 661. (Empfehlung von Gummihandschuhen. Gründliche Seifenwaschung und Rasieren der Gebärenden. Scheidenspülungen nur vor operativen Eingriffen. Umgebung der Vulva soll mit sterilen, im Notfall mit frisch gewaschenen oder ausgekochten Tüchern abgedeckt werden.)
14. Stewart, D. H., Aseptic or antiseptic hands in obstetric practice? Which and why? Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Jan. Vol. 65. Nr. 409. p. 61. Ref. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. p. 304. (Antiseptische Finger!)
15. Watkins, M., Jodtinktur bei der Vorbereitung zur Entbindung. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 15. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1599.

Beckenmessung.

1. Baumm, Diskussion zu Fraenkel (3). Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 548. (Das beste Messinstrument ist die Hand.)
2. Biddle, A. G., Eine neue Methode zur Messung des Beckenausgangs. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. June. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1293.
2a. Boni, A., Sul modo di giudicare la pervietà del bacino rispetto al feto. (Zur Beurteilung der Durchgängigkeit des Beckens gegenüber dem Fötus.) Gazz. Ital. di Levatrici. Siena. Anno 1. p. 153.
3. Fraenkel, L., Beckenmessung. Gyn. Ges. zu Breslau. 23. Jan. Ref. Zentralbl.

f. Gyn. p. 547. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 503. (Bestimmung der Vera von aussen! Feststellung der Eingangsebene mit der gestreckten Hand ist ein wertvolles Mittel zur schnellen Orientierung über das Becken und seine Neigung und vervollkommnet die von Löhlein empfohlene Beckenschätzung. Vergleichende Messungen ergeben die Richtigkeit der von Fraenkel angegebenen Messung bis 1—2 mm. Die Differenz zwischen Vera und Diagonalis schwankt nicht zwischen 1½ und 2, sondern zwischen 0 und 5 cm. Zu gleichem Resultat kam van der Hoeven.)
4. Haenisch, Die Beckenmessung mittelst des Röntgenverfahrens. Biolog. Abt. des ärztl. Vereins in Hamburg. 14. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2258. (Das Verfahren von Manges-Philadelphia ist das einzig brauchbare und wirklich zuverlässig exakte.)
5. Hoeven, P. C. T. van der, Der Wert einiger Beckenmasse. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 1. (Besprechung der äusseren Beckenmasse, des queren Durchmessers des Beckeneinganges, des Beckenumfanges, der Conj. inclinata und vera unter Berücksichtigung des Winkels zwischen Symphyse und Conj. inclinata und der Höhe der Symphyse.)
6. Mc Kendrick, Archibald and James Young, Measuring internal Diameters of the female pelvis. Edinburgh Obst. Soc. Ref. The Lancet. p. 872. (Verfahren mittelst Röntgenstrahlen.)
7. Küstner, Diskussion zu Fraenkel (3). Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 548.
8. Liebermann, Hans, Die neueren Fortschritte der Beckenmessung. Inaug.-Diss. Freiburg 1910. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1671.
9. Manges, W. F., Roentgenographic pelvimetry. Jan. 9. Transact. of the New York Obst. Soc. Amer. Journ. of Obst. April. p. 622.

Verlauf der Geburt.

1. Grödel, Albert, Über den physiologischen und pathologischen Blutverlust bei der Geburt. Inaug.-Diss. Heidelberg 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1164.
2. Hoeven, P. C. T. van der, Die Bedeutung der Blasensprengung bei der Geburt. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. p. 1. (Die Ursache des frühzeitigen Blasensprunges ist gewöhnlich eine zu grosse Spannung in der unteren Kuppe des Fruchtsackes, die Folge ist: Verstärkung der Wehen. Springen die Eihäute bei einem 4 cm grossen oder grösseren Muttermundsdurchmesser, so wirkt dieses nie nachteilig, es hat im Gegenteil den Vorteil, dass die Geburt beschleunigt wird. Durch frühzeitige Blasensprengung wird die Geburt beschleunigt. Wenn bei einer Erstgebärenden die Eihäute spontan oder künstlich bei einem 5 cm grossen Muttermundsdurchmesser springen, wird die Eröffnung in der Hälfte der Fälle in gut 1½ Stunden vollständig, bei einer Mehrgebärenden wird durchschnittlich eine Stunde später das Kind geboren.)
3. *Marek, Richard, Über den Einfluss des Alters auf die erste Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Gyn. Rundschau. p. 514 u. 549.
4. Polubogatow, N. L., Zur Frage über den Verlauf der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes bei alten Erstgebärenden auf Grund von 411 Fällen in der Moskauer Gebäranstalt. IV. Kongr. russ. Gyn. u. Geb. in St. Petersburg 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 401.
5. Schickele, Klinische Beiträge zur Lehre vom Geburtsmechanismus. 84. Versamml. deutscher Naturf. u. Ärzte in Münster i. W. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1357.
6. *Sellheim, H., Analyse und Nachahmung des Geburtsvorganges. Arch. f. Gyn. Bd. 97. p. 75.
7. — Über Bau, Wirkungsweise und künstliche Rekonstruktion des Gebärapparates. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 19. Nov. 1911. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 383. Arch. f. Gyn.
8. Spain, Kate C., Die Geburt bei älteren Erstgebärenden. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. March. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1162.

Sellheims (6) Programm für die Entwickelung der Geburtsgesetze lautet: „1. Zerlegung des komplizierten Geburtsvorganges in einfachste Tatsachen. 2. Arrangieren der abstrahierten Tatsachen in eine übersichtliche, dem Geburts-

vorgang analog wirkende Bewegungsform. 3. Beweis für die Richtigkeit der benutzten Abstraktionen und ihres Arrangements aus der prinzipiellen Übereinstimmung „des natürlichen Vorgangs mit der auf die Abstraktion gegründeten Nachahmung". Eingehend werden zunächst die Struktur und die Wirkungsweise des mütterlichen Gebärapparates, sowie die Beschaffenheit des Uterusinhaltes an der Hand von schematischen Frontalschnitten betrachtet. Im zweiten Teile der Arbeit beschreibt dann Sellheim ein im Frontalschnitt konstruiertes bewegliches Modell, mit dessen Hilfe man in das Wesen des Geburtsvorganges förmlich hineinsehen kann und durch welches sich die physikalischen Eigenschaften aller ineinandergreifenden Geburtsfaktoren und ihre gegenseitige hauptsächliche Einwirkung nachahmen lassen. Auf diese Weise ist die Geburt leicht fasslich dargestellt. Ausserdem beweist aber auch das exakte Funktionieren des Modells die Richtigkeit der gemachten Voraussetzungen.

Nach Mareks (3) Studien, die er an 1000 Erstgebärenden machte, ist der Einfluss des Alters auf die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett nicht zu bestreiten. Albuminurie und Nephritis kommen um so häufiger vor, je älter die Erstgebärenden sind. Auch Eklampsie befällt häufiger ältere Erstgebärende, die Mortalität dabei ist aber höher bei den jungen Primiparen. Von Regelwidrigkeiten, die bei den sog. zu jungen Erstgebärenden vorkommen, ist die häufigste unangenehme Komplikation die atonische Blutung; die übrigen sind belanglos, so dass der Begriff „zu junge Erstgebärende" aus der Terminologie gestrichen werden kann. Die günstigste Zeit zur Erstgeburt ist die Zeit bis zum 23. Jahre, da bis zu dieser Altersgrenze die geringste Anzahl von Komplikationen zu beobachten ist. Die grösste Zahl der normalen Geburten fällt in das 21. bis 23. Jahr. Die Hauptquelle der allmählich zunehmenden Regelwidrigkeiten ist in der Trägheit der Gebärmuttermuskulatur zu suchen und in der Unnachgiebigkeit der weichen Geburtswege. Diese haben zur Folge: schwache Geburtswehen, vorzeitigen Blasensprung, Vermehrung der künstlichen Eingriffe, erhöhte Mortalität der Mütter und Kinder. Bei den älteren Erstgebärenden ist häufig noch ein anderer Punkt von ungünstigem Einfluss auf den Verlauf der Geburt: die schlechte Leitung der Geburt durch Arzt oder Hebamme (häufige innere Untersuchung, zu vorzeitiges operatives Eingreifen oder zu späte ärztliche Hilfe). Ältere Erstgebärende sollten nur unter spezialärztlicher Assistenz entbinden. Die Morbidität der Wöchnerinnen hält sich bei allen Erstgebärenden fast auf derselben Höhe. Mit dem zunehmenden Alter werden mehr Knaben als Mädchen geboren, es vergrössert sich die Zahl der pathologischen Kindeslagen ebenso, wie mehr tote und mazerierte Früchte geboren werden; ebenfalls steigt die Zahl der in den ersten Lebenstagen gestorbenen Neugeborenen an.

Wehenmittel.

a) Chinin, Sekale, Serum.

1. Hell, Sekacornin oder Pituglandol? Med. Ges. Basel. 9. Mai. Ref. Deutsche med. Wochenschr. p. 1814. (Sekacornin wird gegeben bei zu seltenen und zugleich zu schwachen Wehen. Die Frau muss durch mehrere Stunden hindurch sich schon im Zustand der Wehenschwäche befinden. Dosis $1/4$ g Sekacornin subkutan. Es trat nie ein Tetanus uteri ein, auch nicht nachträgliche Erschlaffung des Uterus in der Nachgeburtsperiode, wie dies nach Pituglandol unter der Geburt beobachtet worden ist. Sekacornin steigert die Frequenz und auch die Stärke der Wehen. Je weiter die Geburt vorgeschritten, um so sicherer die Wirkung, genau wie beim Hypophysenextrakt.)
2. *Herff, O. v., und L. Hell, Sekacornin. Arch. f. Gyn. Bd. 97. p. 329.
3. Kehrer, E., Die motorischen Funktionen des Uterus und ihre Beeinflussung durch Wehenmittel. Ges. f. Natur- u. Heilk. zu Dresden. 27. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1831. (Die Untersuchungsmethoden zur Beobachtung der Uterus-

kontraktionen am Menschen sind noch sehr unvollkommene. Am besten gelingt wohl die Untersuchung durch Einführen eines mit Luft gefüllten Gummiballons in den Uterus. Zum Studium von Wehenmitteln eignen sich Stücke, die aus dem Uterus herausgeschnitten sind [bei Kaiserschnitt, Myomenukleation oder Keilexzision der Tubenecken). Kehrer unterscheidet: 1. Pendelbewegungen, die analog denen sind, die Magnus zuerst am Darm nachgewiesen hat. 2. Tonusschwankungen, das sind Änderungen im Härtezustand des Muskels. 3. Kontraktionen — das Gegenteil der Erschlaffung. a) Peristaltik, b) Antiperistaltik, c) die allgemeine gleichmässige Kontraktion, d) die Striktur und e) Tetanus uteri. Neben Bewegung zeigt der Uterus auch Wärmebildung,chemische Energieumsätze in einem Stoffwechsel und elektromotorische Kräfte. Kehrer nimmt an, dass die Uterusbewegungen neurogener Natur sind. Das Pituitrin ist ein Wehenmittel, das Uteruskontraktionen erzeugt, die ganz oder annähernd nach dem Typus der normalen Wehen verlaufen, wie Kehrer an Kurven zeigt. Von der Kombinationstherapie Pituitrin + Ergotin, Adrenalin + Sekacornin, Pituglandol + Sekacornin [Sekapitrin] verspricht sich Kehrer nicht viel.)

4. Müller von Kirchenheim, Th., Erfahrungen mit Chinin in der Geburtshilfe. Münchn. med. Wochenschr. p. 582. (Zwei Fälle, bei denen Chinin. mur. zur Anregung von Wehen mit gutem Erfolge gegeben wurde.)
5. Rongy, A. J., Fötales Serum zur Geburtseinleitung. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. July. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1554.
6. Zinsser, Über wehenerregende Mittel. Ges. d. Charité-Ärzte. 7. Dez. 1911. Ref. Berl. klin. Wochenschr. p. 321. (Sekalepräparate anzuwenden, bevor das Kind geboren ist, ist ein Kunstfehler. Chinin wirkt unzuverlässig und schwach. Adrenalin ist wegen seiner ausserordentlich stürmischen Wirkung intra partum nicht zu verwerten. Pituitrin: es gelang Zinsser in 14 Fällen, mit einer subkutanen Injektion von 1 g Pituitrin [Parke-Davis], der eventuell noch eine zweite Injektion von 0.6 nachgeschickt wurde, Wehen von physiologischem Charakter auszulösen, die bald zur Geburt eines lebensfrischen Kindes führten. Schädigungen von Mutter und Kind wurden nicht beobachtet. Mit Pituitrin eine bestehende Gravidität zu unterbrechen, gelang Zinsser nicht. Demonstration einer Ipara in der Eröffnungsperiode mit gutem Erfolge der Pituitrininjektion.)

v. Herff und Hell (2) gaben Sekacornin zur Bekämpfung der Wehenschwäche und zwar bei den zu seltenen und zugleich zu schwachen Wehen. Nur solchen Frauen wurde Sekacornin verabreicht, die schon Wehen gehabt hatten, die aber bereits durch mehrere Stunden hindurch an Wehenschwäche litten. Es handelte sich demnach nur um Wehenschwäche primärer oder sekundärer Natur der schwersten Art. $^1/_4$ ccm Sekacornin löst in der Mehrzahl der Fälle eine ausreichende Wehentätigkeit aus, meistens genügt auch eine einmalige Einspritzung. Das Mittel wurde in jedem Stadium der Geburt gegeben, gleichgültig, welche Kindeslage vorlag und wie die räumlichen Beckenverhältnisse waren. Es wurde niemals ein dauernder Tetanus uteri mit Schädigung des Kindes beobachtet. Nach einer Sekacornininjektion beginnen die Wehen gewöhnlich nach 10—15 Minuten kräftiger und häufiger zu werden; die grösste Wehenzahl fällt in der Regel in die dritte halbe Stunde. Nach drei Stunden ist die Wirkung meist völlig vorbei. Ist eine zweite Sekacorningabe nötig, so empfiehlt es sich dringend, diese zur Vermeidung eines „Wehensturmes" nach einem längeren Zwischenraume folgen zu lassen. Je länger bereits die Wehentätigkeit im Gange war, um so sicherer kann auf eine nachhaltige Wirkung der Injektion gerechnet werden. Versager können vorkommen, wenn Sekacornin im Beginne der Eröffnungsperiode bei erhaltener Cervix gegeben wird. Ist der Uterus noch im Ruhezustande, so kann Sekacornin mit Sicherheit keine Wehen auslösen. Bei den zu kurzen, aber sonst regelmässigen Wehen muss man mit der Darreichung des Sekacornins sehr vorsichtig sein, weil die Gefahr des Tetanus uteri besonders nahe liegt. In diesen Fällen konnte mit $^1/_8$ ccm Sekacornin Verlängerung der Wehen erzielt werden. Es wurden lediglich durch die Darreichung von Sekacornin 88,2 % Spontangeburten erzielt. 10 mal bei 162 Fällen kamen tote Kinder zur Welt, die aber nicht durch das Sekacornin geschädigt waren, ebensowenig wie zwei Mütter, die bald nach der Entbindung starben. Eine Verminderung der Zangen-

frequenz (1,6 %) trat nicht ein, was an der überhaupt sehr geringen durchschnittlichen Zangenfrequenz der Baseler Klinik liegt. Für den Allgemeinpraktiker ist aber zu hoffen, dass durch Sekacorninanwendung manche Zange umgangen werden kann. Die Autoren stellen nun dem Sekacornin die Wirkungsweise des Pituglandols gegenüber. Die Grenzdosis zur Erzeugung normaler Wehen ist bei Sekacornin 4—5 fach geringer als bei Pituglandol. Letzteres wirkt rasch bei grosser Sicherheit, die Wirkung ist aber nicht anhaltend und wird nicht selten von einer Erschlaffung gefolgt, es ist durchaus nicht frei von der Gefahr des Tetanus uteri. Während der Nachgeburtsperiode wird Sekacornin nach wie vor das Mittel der Wahl bleiben, jedoch ist es, wo dringende Eile nottut, mit Pituglandol zu kombinieren, da dieses in wenigen Minuten den Uterus zur Kontraktion bringt. Pituglandol ist nach den bisherigen Erfahrungen der Verfasser bei schweren Atonien geradezu unentbehrlich.

b) Hypophysenextrakt.

1. Adler, Oszkár, Fajáskeltö és fájdalomeséllapitó eljárások a szülészetben. Orvosok Lapja. Nr. 23. (Bericht über Geburten mit Hypophysenextrakt und über solche unter Morphin-Skopolamin- oder Pantopon-Skopolamin-Dämmerschlaf. Die genannten Methoden sind die besten zur Verminderung der Leiden während der Geburt durch Verkürzung ihrer Dauer oder Herabsetzen des Schmerzes. Ganz zuverlässig ist kein Mittel. Eine Kombination beider Mittel scheint nicht ungefährlich für das Kind.) (Temesváry.)
2. Albrecht, Diskussion zu Hengge (57b). Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1225. (Albrecht berichtet über Anwendung von Pituglandol bei Abort und Frühgeburt. In keinem Falle konnte auch mit hohen Dosen eine Einleitung von Wehen erzielt werden, bei Aborten bis zum vierten Monat auch keine wehenverstärkende Wirkung, dagegen wirkte Pituglandol glänzend wehenverstärkend vom fünften Monat ab nach Einleitung der Wehen.)
3. Anderes, E., Hypophysenextrakt, das Pituitrin resp. Pituglandol als Wehenmittel. Schweiz. Korrespondenzbl. Nr. 12. Ref. Deutsche med. Wochenschr. p. 917. (Günstige Erfahrungen aus der Züricher Frauenklinik.)
4. Antecki und Zakrzewski, Pituitrin und seine Anwendung in der Geburtshilfe. Przegl. chir. i gin. Bd. 7. Heft 2. p. 181—207. (Mit eigener Kasuistik.) (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
5. Aubert, L., L'Emploi de la Pituitrine. Gyn. Helvetica. p. 183.
6. Bagger-Jörgensen, V., Über die Wirkung des Hypophysenextraktes als wehentreibendes Mittel. Olow: „Brief aus Schweden". Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 462.
7. — — Einige Erfahrungen von Pituitrin. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. Nr. 9. (Silas Lindquist.)
8. Bar, Diskussion zum Vortrage von Siguret (113). La Presse méd. p. 603.
9. Bartels, Diskussion zum Vortrage von Hamm (47). Ref. Deutsche med. Wochenschr. p. 438.
10. Bayer, Diskussion zum Vortrage von Hamm (47). Ref. Deutsche med. Wochenschr. p. 437. (Erinnert an die Galvanisierung des Uterus zur Auslösung von Wehen.)
11. Benthin, W., Die Wirkung des Hypophysenextraktes zur Differentialdiagnose zwischen Schwangerschaft und Geburt. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. p. 60. (Pituitrin ist ein wichtiges Medikament zur Differentialdiagnose der Schwangerschaftswehen gegenüber den Geburtswehen. Schwangerschaftswehen, wenn sie auch ausgelöst werden können, erlahmen doch bei fortgesetzten Pituitringaben allmählich. Schliesslich ist es nicht mehr möglich, den Uterus durch erneute Gaben zu weiteren Kontraktionen anzuregen. Bei Wehenschwäche in der Geburt genügen dagegen meist kleine Dosen, um die Gebärmutter zu erneuten, sich fortsetzenden kräftigen Kontraktionen zu veranlassen. Beachtenswert sind vier Fälle unter 40, bei welchen Hypophysenextrakt zur Anwendung kam, bei denen postportale Uterusblutungen auftraten. Die Atonie konnte erst durch grosse Sekacorningaben günstig beeinflusst werden.)
12. — Wehenanregung durch Hypophysenextrakt. Therap. d. Gegenw. Nr. 4. Ref. Deutsche med. Wochenschr. p. 823. Wiss. Vereinig. am städt. Krankenhause zu Frankfurt a. M. Zit. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 667. (Am wirksamsten ist das

Mittel bei Wehenschwäche in der Austreibungsperiode. Meist genügt eine Injektion von 1 ccm, doch kann man auch ohne Nachteil fünfmal 1 ccm geben.)

13. Bergh, R. M., Ein Fall von Wehenschwäche mit Pituitrin behandelt. Tijdskr. for den norske laegeforening. p. 1033. (33jährige Ipara. In der Eröffnungsperiode mit drei Stunden Zwischenraum je eine Einspritzung mit Pituitrin. Schwacher Erfolg. Nach weiteren vier Stunden in der Ausbreitungszeit noch eine Einspritzung, Erfolg besser, obwohl lange nicht „stürmisch". Die Geburt hatte früher in fünf Tagen mit mehr weniger kräftigen Wehen keinen Fortgang gemacht.) (K. Brandt.)

14. Bilsted, Pituitrin. (Diskussion.) Ges. f. Gyn. u. Obst. 6. März. Ref. Ugeskrift for Laeger. p. 1871—1872. (O. Horn.)

15. Bogdánovics, Milos, A pituitrin alkalmazásáról 150 eset kapesán. Orvosi Hetilap. Nr. 16. (Auf Grund von 150 Beobachtungen mit Pituitrin kommt Bogdánovics zu folgenden Schlüssen: Das Mittel — am besten intravenös gegeben — ist zur Einleitung der Geburt nahe dem normalen Schwangerschaftsende brauchbar; zur Einleitung des Abortes eignet es sich nicht. Prompt wirkt es bei Wehenschwäche. Auch zur Austreibung submuköser Fibrome ist es von Wert. Eine unerwünschte Nebenwirkung auf Mutter oder Kind wurde nie beobachtet und bilden selbst Arteriosklerose, Herz- oder Nierenleiden keine Gegenanzeige.) (Temesváry.)

16. Bokelmann, Diskussion zu Voigts (126). Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 751. (Bokelmann warnt vor kritikloser Anwendung des Pituitrins.)

17. Bovermann, H., Über unerwünschte Nebenwirkungen bei Hormonal- und Pituitrininjektionen. Münchn. med. Wochenschr. p. 1553. (Sehr ausgeblutete Patientin mit kleinem Pulse erhält nach Entfernung von Plazentarresten und Uterusspülung mit Lysol (!) 1 ccm Pituitrin [Parke, Davis & Co.] subkutan und fünf Minuten später, da die Blutung, nicht steht, noch 1 ccm Extr. Secal. cornut. Denzel der üblichen 20 % Lösung. 15 Minuten nach der Pituitrininjektion verliert Patientin das Bewusstsein, tiefe, schnarchende Atmung, fehlende Reflexe, Pupillen beiderseits gleich weit, zunächst eng, weiten sich allmählich, reagieren auf Lichteinfall, Gesicht sehr blass. Puls eben noch fühlbar. Kochsalzinfusion. Der Zustand hält etwa 5 Stunden an. Erst nach vier weiteren Stunden ist Patientin völlig bei Bewusstsein. Baldige Erholung. Bovermann glaubt, dass durch die Summation von Pituitrin und Sekale, die beide gefässverengernd wirken, die schon infolge des starken Blutverlustes bestehende Gehirnanämie gesteigert wurde.)

18. Brammer, Max, Pituitrin som vedrivendi Middel. (Pituitrin als wehentreibendes Mittel.) Hospitalstidende. p. 403—419. (O. Horn.)

19. Cahn, R., Die Bedeutung des Pituitrins für die Geburtshilfe. Inaug.-Diss. Freiburg 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1445. (87 Fälle.)

20. Calmann, Diskussion zum Vortrage von Spaeth (114). Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 370. (Wegen starker Beeinflussung der kindlichen Herztöne ist Hypophysenextrakt (Borroughs Wellcome & Co.) nur in der Austreibungsperiode zu benutzen.)

21. Cohn, R., Glanduitrin, ein neues Hypophysenextrakt. Berl. klin. Wochenschr. p. 2278. (Das Extrakt ist von der Firma Dr. Haase & Co., Berlin, hergestellt. Es enthält in 1 ccm 0,2 g des Infundibularteiles der frischen Hypophyse. Das Mittel wirkte stets prompt auf ein- bis zweimalige Gaben, auch in zwei Fällen von Abort.)

22. Cova, E., Sull' uso dell' estratto di ipofisi nel taglio cesareo. (Über die Anwendung des Hypophysenextraktes beim Kaiserschnitte.) Atti della Soc. Ital. di Ostetr. e Gin. Vol. 18.

23. *Croci, C., Sull' impiego degli estratti ipofisari in ostetricia. (Die Anwendung der Hypophysenextrakte in der Geburtslehre.) Ginec. Ottobre. Firenze.

24. Ehret, Diskussion zum Vortrage von Hamm (47). Ref. Deutsche med. Wochenschr. p. 438.

25. *Eisenbach, M., Über Erfahrungen mit Pituglandol in der Geburtshilfe. Münchn. med. Wochenschr. p. 2445.

26. Fehling, Diskussion zum Vortrage von Hamm (47). Ref. Deutsche med. Wochenschr. p. 438.

27. Fellenberg, R. v., Hypophysenextrakt als Wehenmittel. Schweiz. Korrespondenzbl. 1911. Nr. 35. Ref. Deutsche med. Wochenschr. p. 37.

28. Fischer, L., Pituitrin (Pituglandol) als Mittel zur Erzeugung und Verstärkung der Wehen. Lijecnicki vijeznik. Nr. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 825. (Günstiger Bericht.)

29. *Fischer, Otto, Pituitrinwirkung in 50 geburtshilflichen Fällen. Zentralbl. f. Gyn. p. 15.
30. Flatau, Pituitrin als Wehenmittel. Ärztl. Verein in Nürnberg. 9. Okt. 1911. Ref. Deutsche med. Wochenschr. p. 295. (Anwendung mit bestem Erfolge in zwei Fällen, wo das Fruchtwasser bereits längere Zeit abgeflossen war und keine Wehen auftraten.)
31. Franz, R., Diskussion zum Vortrage von Grinschgl (37).
32. *Fries, H., Die Behandlung der Wehenschwäche mit besonderer Berücksichtigung der Hypophysenextraktpräparate als Wehenmittel. Deutsche med. Wochenschr. p. 1730.
33. Ginenewicz, A. M., Die Anwendung des Pituitrins in der Geburtshilfe. IV. Kongr. russ. Gyn. u. Geb. in St. Petersburg. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 401. (Pituitrin wird durch Kochen und durch Spiritus nicht verändert.)
34. — Klinische Beobachtungen über die Wirkung des Pituitrins in der Geburtshilfe. Russki Wratsch. Nr. 1. (Schlusssätze [in Kürze]: Schon bestehende Geburtswehen werden durch Pituitrin verstärkt. Die Gebärmutter wird erregbarer. Besonders schnell und stark wirkt das Pituitrin nach Abfluss des Fruchtwassers. [Näheres Anliegen der Gebärmutterwand an den Fötus?]. Wahrscheinlich beeinflusst das Pituitrin die autonomen Nervenzentren, welche die Geburtstätigkeit regulieren. Bei atonischen Blutungen sind neben Pituitrin den Uterusmuskel erregende Mittel anzuwenden: Duschen, Massage, Mutterkorn. Das Pituitrin ruft spontane Blasenentleerung scheinbar nur im Puerperium hervor [besonderer Zustand des Nervensystems im Puerperium].) (H. Jentter.)
35. Goebel, Pituglandol (Roche) als Wehenmittel. Münchn. med. Wochenschr. p. 1669. (Bei plattem Becken einer IVpara wird zur Vermeidung einer „Übertragung" 1,0 Pituglandol subkutan zur Einleitung der Geburt gegeben. 1—1½ Stunden danach geringe Wehen. Nach acht Stunden kräftige Wehen. 5½ Stunden später Spontangeburt.)
36. Gräfenberg, Diskussion zu Voigts (126). Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 751. (Gräfenberg empfiehlt zur Verhütung des zuweilen einsetzenden schmerzhaften Wehensturmes nach der Injektion von Hypophysenextrakt gleichzeitig Pantopon zu injizieren.)
37. Grinschgl, Über Pituitrin. Verein der Ärzte in Steiermark. 8. März. Ref. Wiener klin. Wochenschr. p. 1374.
38. Gruber, Pituitrin bei schwachen Wehen. Wratsch. Gaz. 1911. Nr. 50. Zit. Gyn. Rundschau. p. 282.
39. Grünbaum, D., Geburtshilfliche Erfahrungen mit dem Hypophysenextrakt. Nürnberger med. Ges. u. Poliklinik. Sitzg. vom 25. Jan. Ref. Berl. klin. Wochenschr. p. 482. (20 Fälle: Ausgezeichnetes Mittel zur Verstärkung der Wehentätigkeit während der Geburt und zur Anregung von Wehen bei vollständigem Wehenstillstand. Am besten ist die Wirkung, wenn der Muttermund erweitert ist. Zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt und zur Beendigung des Abortes eignet sich das Mittel nicht. Ein deutlicher Einfluss auf die Nachgeburtsperiode zeigte sich nicht, dreimal musste manuelle Plazentarlösung vorgenommen werden. In einem Falle wurden innerhalb drei Stunden 3 ccm Pituitrin injiziert. Es wurde unregelmässige Herztätigkeit der Mutter beobachtet, die mehrere Stunden anhielt, vielleicht infolge von Überdosierung.)
40. — Weitere Erfahrungen über die Wirkung des Hypophysenextraktes in der Geburtshilfe. Münchn. med. Wochenschr. p. 2048. (Hypophysenextrakt ist ein ausgezeichnetes Mittel zur Verstärkung der Wehentätigkeit während der Geburt und zur Anregung von Wehen bei vollständigem Wehenstillstand. Am besten wirkt das Mittel, wenn der Muttermund vollständig erweitert ist. Zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt oder zur Beendigung eines Abortes ist das Mittel nicht geeignet, ebensowenig ist ein deutlicher Einfluss auf die Nachgeburtsperiode wahrzunehmen.)
41. Gussew, W., Das Pituitrin in der Geburtshilfe. Zentralbl. f. Gyn. p. 1755. (46 Fälle. 0,75 g Pituitrin wirken besser als 1,0 g. Die beste Wirkung entfaltet Pituitrin in der Austreibungsperiode, namentlich nach gesprungener Blase. Chloroformnarkose und Morphiuminjektionen setzen die Wirkung herab. Zur Erzeugung künstlicher Frühgeburten ist Pituitrin ein ausgezeichnetes Mittel und ist Scheidenduschen und Metreurynteranwendung vorzuziehen. Lungen-, Herz-, Nierenaffektionen bieten keine Kontraindikation, Ödeme schwanden im Gegenteil bald und die Eiweissmenge im Urin verringerte sich. Bei Atonie wirkt Pituitrin gut.)
42. — Extractum hypophysis als wehenerregendes Mittel. Journ. akusch. i shensk. bol.

Nov. (Verf. gibt 10 Geburtsgeschichten. Es wurde Extract. hypophysis Bourroughs Wellcome angewandt. Verf. sieht im Hypophysenextrakt ein wertvolles Mittel zur Wehenerregung, wie in der Eröffnungs-, so besonders in der Austreibungsperiode, desgleichen zur Blutstillung post partum.) (H. Jentter.)

43. Gussew, W., Pituitrin in der Geburtshilfe. Wratsch. Gaz. Nr. 19. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu Moskau. (Bericht über 48 Fälle.) (H. Jentter.)

44. Hager, G., Pituitrin als Mittel zur Unterbrechung der Schwangerschaft bei Übertragung der Frucht. Zentralbl. f. Gyn. p. 304. (Fall von Übertragung — Kind 55 cm lang. Gewicht 4225 g —, Geburt durch Pituitrininjektion erfolgreich eingeleitet: nach der ersten Injektion nur einmal Drängen nach unten. Sieben Stunden darauf zweite Injektion. Sofort starke Wehe mit Blasensprung. $1\frac{1}{4}$ Stunde nach der Injektion spontane Geburt.)

45. *Hahl, C., Die Verwendbarkeit des Pituitrins in der Geburtshilfe. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. IV. Jahrg. p. 273.

46. — Zwei Entbindungen mit Pituitrin behandelt. Kinder während Geburt abgestorben. Finska Läkarsk. Handl. Nov. 1911. Ref. Gyn. Rundschau. p. 716.

47. Hamm, Über ein neues Wehenmittel. Unterels. Ärzteverein zu Strassburg. 25. Nov. 1911. Ref. Berl. klin. Wochenschr. p. 188. (Bericht über die Wirkung des Pituitrins in 25 Fällen von Wehenschwäche. Mit einer Ausnahme war wehenverstärkende und wehenbeschleunigende Wirkung unverkennbar. Zu empfehlen ist Pituitrin zur Unterstützung der Metreurynterwirkung und zur Einleitung des Aborts, wenn bereits Wehen vorhanden. Zur künstlichen Einleitung des Aborts versagt das Mittel.)

48. Honig, J. G. A., Prolaps van de navelstreng en pituglandol. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 921. (In einem Falle mit Vorfall der Nabelschnur verordnete er bei schwachen Wehen mit glänzendem Erfolg Pituglandol, worauf die Frucht bald geboren wurde.) (A. Mijnlieff.)

49. Hare, H. A., The therapeutic application of the ductless glands. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. p. 514. (Nichts Neues über Pituitrin.)

50. Hartvig-Möller, Virkning af Pituitrin (Parke, Davis et Co.) ved Abort: III—IV Maaned. (Wirkung von Pituitrin beim Abort im 3.—4. Monat.) Ugeskrift for Laeger. Nr. 23. p. 871—872 (O. Horn.)

51. Hauch, Pituitrin. (Diskussion.) Ges. f. Gyn. u. Obst. 6. März. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1871. (O. Horn.)

52. Hausen, M. P., Hypofyseextrakt (Burroughs, Wellcome & Co.) ved Vesvaekkelse. (Hypophysenextrakt bei Wehenschwäche.) Ugeskr. for Laeger. Nr. 13. p. 509. (O. Horn.)

53. Hausen, Henry, Hypofyseextrakt (Burroughs, Wellcome & Co.) ved Vesvaekkelse. (Hypophysenextrakt bei Wehenschwäche.) Ugeskrift for Laeger. Nr. 7. p. 257. (O. Horn.)

54. *Heil, Karl, Über eine ungewöhnliche Wirkung des Hypophysenextraktes auf den gebärenden Uterus. Zentralbl. f. Gyn. p. 1398.

55. Heimann, Diskussion zu Voigts (126). Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 750. (Günstige Erfolge mit Pituitrin.)

56. Hell, Sekacornin oder Pituglandol? Siehe a) Nr. 1.

57. *Hengge, Anton, Hypophysenextrakt und Dämmerschlaf in der praktischen Geburtshilfe. a) Münchn. med. Wochenschr. p. 2814. b) Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. in München. 7. Juli. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1225.

58. *Hirsch, E., Pituitrin in der Geburtshilfe. Münchn. med. Wochenschr. p. 984.

59. *Hirsch, J., Über die Anwendung der Hypophysenextrakte in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Therap. Monatshefte. p. 790.

60. — Diskussion zum Vortrage von Hamm (47). Ref. Deutsche med. Wochenschr. p. 487. (Pituitrin allein vermag nicht, Abort oder künstliche Frühgeburt einzuleiten, wohl aber in Verbindung mit mechanisch den Uterus erregenden Mitteln, z. B. Metreuryse.)

61. Hofbauer, Pituitrin. Verein f. wissensch. Heilk. in Königsberg. 4. März. Ref. Deutsche med. Wochenschr. p. 1621.

62. — Diskussion zu Voigts (126). Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 750. (Das rasche Verstreichen des Muttermundes und die Verkürzung der Wehenpausen ist für die Wirkung des Pituitrins charakteristisch.)

63. Humpstone, Pituitry extract in insertia uteri. Amer. Journ. of Obst. Sept. p. 365. Zit. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 633.

64. Kalefeld, Über Pituglandol in der Geburtshilfe des praktischen Arztes. Deutsche med. Wochenschr. p. 2272. (Vier Fälle mit ausgezeichnetem Erfolge ohne üble Nachwirkungen.)
65. Kecker, Gotthard, Über Wehenmittel in alter und neuer Zeit, mit besonderer Berücksichtigung des Hypophysenextraktes. Inaug.-Diss. Berlin. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2755.
66. Kehrer, E., Die motorischen Funktionen des Uterus und ihre Beeinflussung durch Wehenmittel. Siehe a) Nr. 3.
67. Knauer, Diskussion zum Vortrage von Grinschgl (37).
68. Lehmann, Franz, Zur Wirkung der Hypophysenextrakte. Zentralbl. f. Gyn. p. 1147. (Hypophysenextrakt als uterines Styptikum bei gynäkologischen Erkrankungen empfohlen.)
69. Lequeux, Diskussion zum Vortrage von Siguret (113). La Presse méd. p. 603.
70. Le Maire, M., Pituitrin mod Vesvaekkelse. (Pituitrin bei Wehenschwäche.) (Übersichtsartikel.) Ugeskrift for Laeger. Nr. 7. p. 251—256. (O. Horn.)
71. Lomer, Diskussion zu Spaeth (114). Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 372.
72. Lörincz, Béla, A pituitrin alkalmozásáróla szülészetben. Gyógyászat. Nr. 26. (Auf Grund eigener Beobachtungen in sieben Fällen hält Lörincz das Pituitrin zur Einleitung der rechtzeitigen oder vorzeitigen Geburt nicht für zuverlässig; zur Bekämpfung der Wehenschwäche während der Geburt hat es sich ihm in seinen sämtlichen (19) Fällen bewährt.) (Temesváry.)
73. Mackenrodt, Diskussion zu Voigts (126). Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 751. (Bericht über einen Fall von schwerem Tetanus uteri, welcher nach Einspritzung von 1 ccm Extr. hypophysis entstanden war und durch Kompression der Plazenta bei gesprungener Blase den intrauterinen Tod des vor der Einspritzung ganz gesunden Kindes zur Folge hatte. Mackenrodt glaubt nicht, dass bis jetzt ein Mittel gefunden sei, welches eine regelmässige Wehentätigkeit hervorruft; die bisher vorhandenen Mittel wirken nur kontraktionsverstärkend.)
74. *Malinowsky, M., Über die Wirkung des Pituitrins auf die Uteruskontraktionen unter der Geburt. Vorläufige Mitteilung. Zentralbl. f. Gyn. p. 1425.
75. — Über den Einfluss des Pituitrin auf die Wehentätigkeit der Gebärmutter in der Geburt. Russki Wratsch. Nr. 42. (50 Versuche mit dem Schatzschen Tokodynamometer berechtigen Malinowsky zu folgenden Schlusssätzen: Pituitrin in entsprechenden Dosen verstärkt sicher und prompt die Geburtswehen. Der Intrauterindruck während der Wehe steigt unter dem Einfluss des Pituitrin um ein bedeutendes [29,5 mm Hg]. Die Dauer der Wehe wird jedoch kürzer [um ½ Minute]. Die Pausen werden nach der Injektion bedeutend kürzer. Der Intrauterindruck während der Pause wird höher, wenn auch unbedeutend [im Durchschnitt um 5 mm Hg]. Die Pituitrinwehen behalten den normalen Rhythmus bei. Die von einigen Autoren beobachteten Sturmwehen kamen fast in jedem Falle mehr oder weniger ausgeprägt zum Ausdruck [ihre mittlere Dauer ist 11 Minuten]. Sie haben keinerlei üble Wirkung. Das Optimum der Pituitrinwirkung ist die Austreibungsperiode und das Ende der Eröffnungsperiode. Zu dieser Zeit ist das Pituitrin völlig ungefährlich. In den Anfangsstadien der Eröffnungsperiode [bei Iparae bei zwei Finger Eröffnung und Stehen der Fruchtblase, bei Mehrgebärenden bei rigidem Muttermund] kann das Pituitrin einen Tetanus uteri bedingen [mittlere Dauer 17 Minuten]. Im weiteren Verlauf wurden die Kontraktionen wieder physiologischer Natur. Bei gesprungener Fruchtblase wurden tetanische Kontraktionen bei Erstgebärenden nicht beobachtet. Die Herztöne der Frucht sanken während solcher Kontraktionen bis 60—50; im weiteren Verlauf jedoch kam die Herztätigkeit zur Norm und die Kinder wurden lebend und ohne Asphyxie geboren. Die Dosis von 1,0 ist genügend (Parke Davis). Kleinere Dosen wirken schwächer. Die maximale Dosis ist 1,3. Bei wiederholten Dosen bleibt die Wirkung niemals aus. Die Wirkung beginnt im Durchschnitt 3—7 Minuten nach der Injektion. Die Injektionsstelle ist gleichgültig. Die mittlere Dauer der Wirkung der einmaligen Dosis [1,0] ist ungefähr eine Stunde. Die Nachgeburtsperiode und das Wochenbett verlaufen normal. Die Plazenta löst sich spontan. Atonie wurde nicht beobachtet. Erkrankungen des Herzens und der Nieren scheinen die Pituitrinbehandlung zu kontraindizieren. Die subkutane Injektion von Pituitrin ist schmerzlos.) (H. Jentter.)
76. Martin, E., Diskussion zu Voigts (126). Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 751. (Martin hält Pituitrin für besonders geeignet bei engen Becken mittleren Grades.)

77. Mathes, Diskussion zum Vortrage von Grinschgl (37).
78. Matthäi, Diskussion zu Spaeth (114). Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 372.
79. Meyer, Leopold, Pituitrin. (Diskussion.) Ges. f. Gyn. u. Obst. 6. März. Ref. Ugeskrift for Laeger. p. 1872. (O. Horn.)
80. — Virkuingen af Pituitrin. (Die Wirkung des Pituitrins.) (Demonstration.) Ges. f. Gyn. u. Obst. 6. März. Ref. Ugeskrift for Laeger. p. 1870—1871. (O. Horn.)
81. Mory, Ernst, Pituitrin als Wehenmittel. Inaug.-Diss. Strassburg.
82. Möller, Essen, Pituitrin. (Diskussion.) Ges. f. Gyn. u. Obst. 6. März. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1871. (O. Horn.)
83. Mokin, Zur Hebung des Blutdruckes bei Peritonitis mittelst Pituitrin. Wratsch. Gaz. Nr. 51. Sitzungsber. d. phys.-med. Ges. zu Ssaratow. (Drei eigene Beobachtungen.) (H. Jentter.)
84. Nijhoff, G. C., Verdient Pituitrin als wehenerregendes Mittel Empfehlung? Ned. Tijdschr. v. Gen. I. p. 806. (Nach Nijhoffs Behauptung sind die Resultate noch nicht derartig, dass man es im allgemeinen empfehlen kann, weil man sich nicht vollkommen darauf verlassen kann und es ausserdem nicht gefahrlos ist.) (A. Mijnlieff.)
85. Nadovi, Béla, A hypophysis cerebri kivonatának alkalmarása a szülészetben. Budapesti Orvosi Ujság. Szülészet és Nögyógyászat. Nr. 3. (Bericht über 10 Fälle von Anwendung des Hypophysenextraktes bei Geburten und zwei Fälle bei Abort; in ersteren wirkte das Mittel prompt, in letzteren schien es wirkungslos.) (Temesváry.)
86. Nagy, Theodore, Wehenerregung und Wehenverstärkung durch Pituitrin. Zentralbl. f. Gyn. p. 300. (19 Fälle. In jedem Falle konnte eine Steigerung der Erregbarkeit oder Verstärkung der Wehentätigkeit beobachtet werden. Die Anwendung von Pituitrin ist nur bei einwandfreier kindlicher Herztätigkeit zu empfehlen. Bei stürmischer Wehentätigkeit müssen die Schwankungen der Herztöne sehr aufmerksam verfolgt werden.)
87. Nowikow, Einige Beobachtungen über die Wirkung des Pituitrins. Wratsch. Gaz. Nr. 22. Sitzungsber. d. geb.-gyn. Ges. zu Kiew. (H. Jentter.)
88. Parache, F., Hypophysenextrakt bei der Geburt. Ann. de la Acad. de Obst. etc. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2475. (Acht Fälle mit guten Resultaten ohne schädliche Nebenwirkungen.)
89. Parisot, J., et A. Spire, La médication hypophysaire en obstétrique. Recherches cliniques et expérimentales. Ann. de Gyn. Déc. 1911. p. 689. (Es wurde nicht nur das Extrakt des hinteren Lappens, sondern der ganzen Hypophyse benutzt. Experimentelle und klinische Untersuchungen ergaben daher abweichende Resultate von denen deutscher und englischer Autoren. Das Extrakt rief keinen Wehensturm hervor und kürzte auch nicht die Geburtsdauer wesentlich ab. Es wurde aber auch in drei Fällen ein Wiederauftreten zessierender oder eine Verstärkung zu schwacher Wehen beobachtet, in weiteren drei Fällen wurde puerperale Ischurie beseitigt.)
90. *Patek, Rudolf, Über eine ungewöhnliche Wirkung des Hypophysenextraktes auf den gebärenden Uterus. Zentralbl. f. Gyn. p. 1083.
91. Pouliot, Diskussion zum Vortrage von Siguret (113). La Presse méd. p. 603.
92. Popandopulo, Pituitrin als Wehenmittel. Wratsch. Gaz. Nr. 36. (10 Geburtsgeschichten. Vorzügliche Resultate, namentlich bei Multiparen und in der Austreibungsperiode. Die Wirkung tritt nach zwei bis Maximum neun Minuten ein. Nach der Geburt ruft Pituitrin keine Wehen hervor. Keinerlei schlimme Folgen.) (H. Jentter.)
93. De Porenta, R., Intorno all' uso degli estratti della ghiandola pituitaria in Ostetr. e Ginec. con contributo di osservazioni cliniche. (Über die Anwendung des Extraktes der Hypophyse in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Beitrag zu den klinischen Beobachtungen.) Rassegna di Ostetr. e Ginec. Anno XXI. Nr. 11. (De Porenta stellte in 25 Fällen Versuche mit Hypophysenextrakten an. Er findet, dass die Präparate der verschiedenen Firmen sich in ihrer therapeutischen Wirksamkeit gleichen. Bei Inertia uteri erwies sich der Extrakt als ausgezeichnet. Beim Hervorrufen des Aborts war die Wirkung eine negative; ebenso bei Einleitung der Frühgeburt. In einem Falle nahm Verf. bei einer Schwangeren im neunten Monat der Schwangerschaft 17 Einspritzungen vor, ohne irgend einen Erfolg. Verf. fand den Extrakt nützlich in den Blasenstörungen des Wochenbettes.) (Artom di Sant' Agnese.)
94. Procopio, G. S., L' estratto di glandola pituitaria nella pratica ostetrica. (Der Hypophysenextrakt in der geburtshilflichen Praxis.) Atti della Soc. di Ostetr. e Ginec. Vol. 18.

95. Raab, Zur Wirkung der Hypophysenextrakte auf die Wehentätigkeit. Wratsch. Gaz. Nr. 51. (Bericht über 38 Fälle: es wurde Pituitrin Parke Davis, Pituglandol Roche und Neurohypophysin Poehl gebraucht. Ihrer Wirkung nach sind die drei Präparate gleichwertig. Die nach 8—10 Minuten prompt sich einstellenden Wehen lassen gewöhnlich nach 40—45 Minuten wieder nach; mehr wie vier Injektionen sind niemals nötig gewesen. Bleibt die erste Injektion ohne Erfolg, so ist die zweite zwecklos. Glänzend ist der Erfolg bei Steisslage in der Austreibungsperiode, ebenso bei primärer Wehenschwäche Mehrgebärender und bei Schwäche der Drangwehen bei Iparae. Bei sekundärer Wehenschwäche bleibt der Erfolg aus. Besonders wertvoll ist das Hypophysenextrakt in septischen Fällen, wo jeder grössere operative Eingriff möglichst zu vermeiden ist. In keinem Falle wurde Asphyxie des Kindes beobachtet [zwei tote Früchte wurden perforiert]. Atonische Nachblutungen kamen nicht vor. Auf die Involution der Gebärmutter hat das Hypophysenextrakt keinerlei Wirkung.) (H. Jentter.)
96. Reynolds, Charles B., The use of pituitary extract in obstetrics. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. p. 518. (Erfolgreiche Anwendung von Pituitrin zur Anregung der Milchsekretion im Wochenbett. Es wurde intramuskulär gegeben. Spätblutungen im Puerperium wurden durch die gleichen Injektionen beseitigt.)
97. Richter, J., Wehenschmerzlindernde und wehenanregende Mittel in der Geburtshilfe. Wiener klin. Wochenschr. p. 478. Referat siehe unter Narkose der Kreissenden Nr. 13.
98. Rieck, Pituitrin als Wehenmittel im Privathause nicht zu empfehlen. Münchn. med. Wochenschr. p. 816. (Tetanische Kontraktion der Uterusmuskulatur nach Pituitrininjektion in einem Falle von protrahierter Frühgeburt. Blasensprung vor zwei Tagen, Muttermund für zwei Finger durchgängig, keine Wehen, Frucht sehr leicht zu bewegen, so dass eine kombinierte Wendung sich unschwer hätte vornehmen lassen. 15 Minuten nach Pituitrininjektion (der neuen doppelt starken Lösung) Einsetzen von Wehen, die nach sechs Stunden wieder aufhörten. Zweite Injektion: Muttermund noch nicht erweitert, Portio nicht verstrichen, Uterus jetzt stark kontrahiert, um den Nabel herum als kleinkindskopfgrosse Kugel zu fühlen, Portio nach oben hinter die Symphyse gezogen, Kopf schwer beweglich. Uterus auch in den Wehenpausen kontrahiert. Sehr erschwerte Wendung mit Perforation des nachfolgenden Kopfes.)
99. — Wider und für Pituitrin. Münchn. med. Wochenschr. p. 2872. (Fall von Placenta praevia: Portio erhalten, Muttermund zweimarkstückgross, keine Wehen, Blutung. Rieck sprengte zunächst die Blase, die erhofften Wehen blieben aber aus und es blutete weiter. Pituitrin löste nach kurzer Zeit Schmerzen aus, die Blutung stand. Weiter glatter Geburtsverlauf unter dreimaligen Pituitrininjektionen. In einem Falle von Abort im vierten Monat wurde von anderer Seite zweimal Pituitrin gegeben, um die spontane Ausstossung der Plazenta zu erreichen. Der Erfolg blieb aus — die Frau hatte heftige Schmerzen bekommen. Rieck fand den Muttermund eben für die Fingerkuppe durchgängig und musste nach Dilatation die Plazenta manuell ausräumen.)
100. Roenner, R., Pituglandol in der geburtshilflichen Poliklinik. Münchn. med. Wochenschrift. p. 2046. (17 Fälle. Meist ausgezeichneter Erfolg. 10mal Spontangeburt, davon zweimal bei Gesichtslage. Zweimal Zange wegen schlechter Herztöne, zweimal wegen Stillstandes der Geburt.)
101. Ross, Ein Misserfolg bei Anwendung von Extractum hypophysis, gleichzeitig ein Beweis der Unschädlichkeit dieses Mittels. Reichs-Medizinal-Anzeiger 11. p. 321. Ref. Therap. Monatshefte. p. 626. (Sechs Injektionen von je 1 ccm Extr. hypophys. (B. W. & Co.) im Verlaufe von acht Stunden bei hochgradiger Wehenschwäche gegeben, waren ohne Erfolg, aber auch ohne nachträgliche Schädigung.)
102. Rueder, Diskussion zum Vortrage von Spaeth (114). Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 371. (Rueder benutzte Pituglandol.)
103. Sadewesser, Diskussion zu Voigts (126). Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 751. (In neun Fällen von seit mehreren Stunden bestehender Wehenschwäche in der Austreibungsperiode traten nach Pituitrininjektion dreimal keine, dreimal schwache und dreimal starke Wehen auf.)
104. Schäfer, Diskussion zu Voigts (126). Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 751. (Pituglandol versagte in einem Falle von Atonie im Verein mit Sekacornin.)
105. — Diskussion zum Vortrage von Zinsser (130). Pituglandol-Roche erwies sich dem Pituitrin als ebenbürtig, es wirkte besonders gut bei sekundärer Wehenschwäche.)
106. Schickele, Diskussion zum Vortrage von Hamm (47). Ref. Deutsche med. Wo-

chenschr. p. 487. (Tierexperimente: intravenöse Injektion von Pituitrin hat Blutdruckerhöhung zur Folge. Es gelingt, im Experiment die Wirkung des Pituitrin durch Ovarium- und Uterusextrakte zu beeinflussen und ganz aufzuheben; ebenso umgekehrt.)

107. Schirokow, Pituitrin in der Geburtshilfe. Russki Wratsch. Nr. 26. (H. Jentter.)

108. Schlank, Erfahrungen mit Pituitrin. Przeglad Lekarski. Nr. 7. p. 121. (Polnisch.) (Gegen Wehenschwäche gut, oft vorzüglich, gegen Osteomalacie wertlos.)

109. Schlapohevsky, Zur Anwendung des Pituitrin. Russki Wratsch. Nr. 26. (Drei Beobachtungen: in einem Falle trat Abquetschung und Abstossung des Muttermundes ein, was Verf. der Wirkung des Pituitrin zuschreibt.) (H. Jentter.)

110. Schütze, Diskussion zum Vortrage von Hofbauer 61). (Schütze hat die Erfahrung gemacht, dass Pituitrin völlig wirkungslos ist in Fällen von zu frühem Blasensprung, wenn noch keine Wehen aufgetreten sind und der Muttermund noch geschlossen ist.)

111. Schneider-Sievers, Kasuistische Mitteilungen aus der geburtshilflichen Praxis. Geb. Ges. zu Hamburg. 9. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 368. (Bericht über Anwendung von Pituitrin. Von Nebenwirkungen beobachtete Schneider-Sievers einmal Ohrensausen, leichtes Angst- und Benommenheitsgefühl; objektiv bestand ein Bild wie das vor Ausbruch eines eklamptischen Anfalles. Sorgfältige Kontrolle erfordern die kindlichen Herztöne, die auf 60—80 sinken oder auf 176 hinaufschnellen können. Der Eintritt der Wehentätigkeit war jedesmal prompt, zuweilen fast sturmartig, ging aber bald vorüber, so dass eine zweite Injektion nötig wurde. Schneider-Sievers empfiehlt das Mittel nur für die Austreibungsperiode, nachdem vorher Herz und Nieren der Mutter genau untersucht sind.)

112. Schmidt, Hans Hermann, Über die Anwendung von Pituitrin in der praktischen Geburtshilfe. Verein deutscher Ärzte zu Prag. 24. Nov. 1911. Ref. Berl. klin. Wochenschr. p. 235. (Bericht über 200 Fälle der Prager Klinik. Durchweg ausgezeichnete Erfolge im Gegensatze zu den Sekalepräparaten bei Anwendung zur Bekämpfung von Nachgeburtsblutungen, bei Sect. caesarea, nach Abort und bei Subinvolution. Gute Erfolge bei Anwendung zur Anregung und Verstärkung der Wehentätigkeit. Keine schädlichen Neben- oder Nachwirkungen auf Mutter und Kinder. Rascher Abgang der Plazenta, geringe Blutung.)

113. Siguret, L'emploi de la pituitrine en obstétrique. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 8 Juillet. Ref. La Presse méd. p. 603. (27 Fälle der Klinik Tarnier.)

114. Spaeth, Hypophysenextrakt in der Geburtshilfe. Geb. Ges. zu Hamburg. 9. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 369. (Spaeth benutzte ausschliesslich Vaporole in sieben Fällen. Die Eröffnungsperiode wurde stets ausserordentlich abgekürzt und die Austreibung enorm beschleunigt. In einigen Fällen wurde Langsamer-, aber nicht Schwächerwerden der kindlichen Herztöne beobachtet. Zwei leichte Atonien liessen sich durch Sekacornin gut beherrschen.)

115. Starkenstein, E., Zur Pharmakologie des Pituitrins. Prager med. Wochenschr. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 824.

116. Steuernagel, Werner, Über Pituitrin. Inaug.-Diss. Marburg.

117. Stickel, Diskussion zu Voigts (126). Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 751. (Stickel sah zuweilen nach einmaliger Pituitringabe am Kaninchenuterus Tetanus.)

118. Stolz, Max, Zur Verwertbarkeit der Hypophysenextrakte in der rechtzeitigen und vorzeitigen Geburt. Gyn. Rundschau. p. 891. (Stolz empfiehlt die Kombination der Metreuryse mit wiederholten Pituitrininjektionen zur Einleitung und Vollendung des künstlichen Abortes nach dem dritten Schwangerschaftsmonat.)

119. Strassmann, Diskussion zu Voigts (127). Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 751. (Weist darauf hin, dass Pituitrin glücklicherweise keine abtreibende Wirkung hat.)

120. Studeny, A., Anwendung des Pituitrins in der Brünner Landesgebäranstalt. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 51. Ref. Deutsche med. Wochenscht. p. 134. (Das Pituitrin ist am stärksten wirksam in der Austreibungszeit, ziemlich unzuverlässig in der Eröffnungsperiode und ganz wirkungslos gegen postpartale Atonien.)

121. Tiger, Pituitrin bei Wehenschwäche. Wratsch. Gaz. Nr. 21. Sitzungsber. d. med. Ges. zu Wilna. (Abort kann durch Pituitrin nicht hervorgerufen werden. In der ersten Geburtsperiode beschleunigt Pituitrin die Eröffnung des Muttermundes nicht. In der Austreibungsperiode ist es sehr wirksam, ebenso bei atonischen Nachgeburtsblutungen und zur Blasenentleerung im Wochenbett. Die kindlichen Herztöne werden wohl langsamer, Verf. sah jedoch keinerlei Schaden, weder für Mutter, noch für Kind.) (H. Jentter.)

122. Tiger, Pituitrin als Wehenmittel. Wratsch. Gaz. Nr. 31. (Tiger sieht im Pituitrin ein ausgezeichnetes wehenförderndes Mittel, besonders in der Austreibungsperiode. Nie sah er irgendwelche schädliche Wirkung weder auf Mutter, noch auf Kind. Bei Beckenenge ist Pituitrin kontraindiziert. Die Pituitrintherapie muss in den Händen des Arztes bleiben (Individualisierung der Dosis, Kontrolle der Herztöne). In vielen Fällen kann Pituitrin bei Wehenschwäche die Zange ersetzen.) (H. Jentter.)
123. Töpfer, Diskussion zu Spaeth (114). Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 371.
124. *Trapl, G., Hypophysenextrakt in der Behandlung der Placenta praevia. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 393.
125. Voigt, J., Über die Wirkung des Pituitrins und seine Anwendung in der Geburtshilfe. Frauenarzt. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1446. (38 Fälle. Bei Kreissenden mit Herz- oder Nierenerkrankung soll Pituitrin nicht angewendet werden. Es soll nicht zur Bekämpfung der primären Wehenschwäche angewendet werden, da nur unnötige Schmerzen oft der einzige Erfolg für die Kreissende sind. Zugleich mit dem Pituitrin empfiehlt Voigt 0,01—0,015 Morphium zu geben.)
126. Voigts, Erfahrungen über Pituitrinwirkung in der Klinik und Poliklinik. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 10. Nov. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 716. (Bericht über 75 Fälle, bei denen 60 mal 7—10 Minuten nach der Injektion kräftige regelmässige Wehen auftraten. In 17 Fällen traten nach Pituitrin keine Wehen ein. Viermal kam es nach der Injektion zu erheblichen Geburtsstörungen: Partus praecipitatus, Tetanus uteri, vorzeitige Plazentarlösung und schwerem Kollaps.)
127. Voll, Pituitrinbehandlung. Münchn. med. Wochenschr. p. 2050. (Günstige Erfahrungen bei drei Fällen.)
128. Wauscher, Pituitrin. (Diskussion.) Ges. f. Gyn. u. Obst. 6. März. Ref. Ugeskrift for Laeger. p. 1872. (O. Horn.)
129. Weymeersch, A., Pituitrin. Journ. de Bruxelles. Nr. 16. Ref. Deutsche med. Wochenschr. p. 870.
130. Zinsser, Über wehenerregende Mittel. Ref. siehe a) Nr. 6.
131. — Diskussion zu Voigts (126). Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 750. (Ausgezeichnete Erfolge mit Pituitrin bei Wehenschwäche, vorausgesetzt, dass das Kind bei seinem Durchtritt keine pathologischen Widerstände mehr zu überwinden hatte. Bei wehenlosen Uteris am Ende der Schwangerschaft gelang es in sechs Fällen nicht, die Geburt durch wiederholte Pituitringaben in Gang zu bringen, ebenso verhielt sich eine Gravidität im dritten und eine im sechsten Monat gegen das Mittel refraktär.)
132. Zuberbiller, Der Einfluss des Hypophysenextraktes auf die Entwickelung junger Tiere. Med. Obosr. Nr. 18. (Verf. injizierte jungen Kaninchen intravenös und subkutan ein Hypophysenextrakt, welches er selbst zubereitete. Er beobachtete nach längerer Versuchsdauer stärkeres Wachstum und Gewichtszunahme der Versuchstiere.) (H. Jentter.)

Malinowsky (74) machte mit Hilfe des modifizierten Schatzschen Tokodinamometers 50 Beobachtungen über die Wirkung des Pituitrins. Von seinen Ergebnissen sind hervorzuheben: In geeigneten Dosen verstärkt das Pituitrin sicher und prompt die Geburtswehen. Der intrauterine Druck erfährt während der Wehe eine beträchtliche Steigerung. Die Wehendauer verkürzt sich deutlich nach der Einspritzung. Die Pausenlänge vermindert sich nach der Injektion mehr als auf eine Minute. Der intrauterine Druck steigt während der Pause. Die Pituitrinwehen zeigen einen normalen Rhythmus. „Sturmwehen“ sind fast bei jeder Pituitrinanwendung zu verzeichnen; sie scheinen aber unangenehme Folgen für Mutter und Kind nicht zu haben. Das Optimum der Pituitrinwirkung fällt auf die Austreibungsperiode und auf das Ende der Eröffnungszeit. In den frühesten Stadien der Eröffnungsperiode ist das Pituitrin imstande, einen Tetanus uteri hervorzurufen. Während der tetanischen Kontraktionen sinken die kindlichen Herztöne auf 60—50 Schläge. Sie erholen sich aber wieder und das Kind kommt lebensfrisch zur Welt. Die maximale Einzeldosis, die noch einen guten Erfolg hatte, betrug 1,3 ccm. Die Wirkungsdauer einer Pituitringabe (1 ccm) beträgt ungefähr 1 Stunde. Die Nachgeburtsperiode und das Wochenbett verlaufen in der Regel ohne Komplikation. Die Plazenta wurde immer spontan ausgestossen, Atonie wurde

nie beobachtet. Mit grösster Vorsicht soll die Anwendung von Pituitrin in den frühesten Stadien der Eröffnungsperiode und bei vorhandener oder zu erwartender Rigidität des Muttermundes geschehen.

Croci (23) hat die Wirkung der Hypophysenextrakte (Pituitrin, Pituglandol) in den verschiedenen Perioden der Geburt und bei Kaiserschnitt versucht. Die in Untersuchung genommenen Fälle beliefen sich auf 42; in 4 derselben wurde das Präparat bei Abort und in 2 zur Geburtenleitung angewandt.

Auf Grund dieser Versuche kommt Verf. zu folgenden Schlusssätzen:

1. Der Hypophysenextrakt besitzt wirklich eine embolische Wirkung.
2. Er ist unwirksam zur Einleitung des Aborts und der Frühgeburt.
3. Bessere Resultate liefert er in der Austreibungsperiode.
4. Er stört die Nachgeburt nicht.
5. Er ist sehr wertvoll beim Kaiserschnitte, wo er die Blutungen auf ihr Minimum herabsetzt. (Artom di Sant' Agnese.)

Hahl (45) veröffentlicht 42 ausführliche Geburtsberichte von Fällen, in denen Pituitrin zur Anwendung gebracht wurde. In einigen Fällen wurden die Uteruskontraktionen vor und nach der Injektion durch einen Apparat, ähnlich dem von Westermark und Wasenius verwendeten, registriert. Genaue Tabellen der Beobachtung sind beigefügt. In 36 Fällen hatte das Pituitrin einen unbestreitbaren Einfluss auf das Fortschreiten der Geburt. Hahl glaubt aber nicht, dass das Pituitrin ein untrügliches und vollkommen ungefährliches Mittel sei. Die Gefahren, die die Anwendung in sich birgt, bestehen nach Hahl in dem Kürzerwerden der Wehenpausen und der Erhöhung des intrauterinen Druckes. Der Charakter der Wehen wird bei grösseren Dosen tetanusartig und die Gefahr für das Kind erhöht sich, zumal nach Abgang des Fruchtwassers. Verschiedene Frauen reagieren offenbar auch verschieden auf das Mittel. Hahl empfiehlt daher, durch kleine Dosen gewissermassen erst die Reaktion zu prüfen, bis man eine wiederholte Injektion mit stärkeren Dosen machen kann. Zwei Kinder starben während der Geburt. Beide Male glaubt Hahl, dem Pituitrin die Schuld zuschreiben zu müssen.

Hengge (57) wendete Hypophysenextrakt in 10 Geburtsfällen an. Um die Schmerzhaftigkeit der sehr starken Wehen zu mindern, injizierte er vor dem Hypophysenextrakt später regelmässig Skopolamin-Morphium. Er ist mit der Wirkung der Mittel, deren Anwendung er auch für die häusliche Geburtshilfe empfiehlt, zufrieden. Kräftige Wehen setzten 8—10 Minuten nach der Injektion ein. 7 Geburten gingen spontan zu Ende, 3 mussten durch Zange beendet werden, doch gestalteten sich gerade diese Operationen infolge vorhergegangener Pituitrin- oder Pituglandolinjektionen ausserordentlich einfach. Die Nachgeburtsperiode — regelmässig wurde nach der Geburt des Kindes Ergotin Denzel injiziert — verlief stets ungestört, Nachblutungen kamen nicht zur Beobachtung. Als Nebenwirkung zeigte sich eine Verlangsamung der kindlichen und häufig auch der mütterlichen Herztätigkeit, die aber ohne Nachteil blieb. Es wurden nie mehr als zwei Injektionen verabreicht. Zur Einleitung des Abortes hat das Mittel versagt.

Auch E. Hirsch (58), der Pituitrin in 32 Fällen zur Anwendung brachte, kommt zu dem Schluss, dass das Präparat nicht imstande ist, allein Abort oder künstliche Frühgeburt einzuleiten. Es kann jedoch die durch Metreuryse oder Cervixtamponade angeregten Wehen in ausgezeichneter Weise verstärken. Wenn aber die Geburt bereits im Gange ist, dann kann, meistens wenigstens, das Pituitrin sistierende Wehen wieder anregen oder zu schwache Wehen verstärken und verlängern. Die grösste Wirksamkeit entfaltet es in der Austreibungsperiode. Prophylaktisch vor Sectio caesarea injiziert tut es gute Dienste. Für die Nachgeburtsperiode ist Sekakornin dem Pituitrin überlegen.

Fischer (29) gab Pituitrin (die ältere Lösung zu 0,1 g Infundibularteil) subkutan und intramuskulär und betrachtet es als eine sehr wertvolle Bereicherung

des Arzneischatzes. Das Mittel entfaltet seine Wirkung um so besser, je weiter die Geburt bei der Anwendung schon vorgeschritten ist. Zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt oder der Geburt am normalen Schwangerschaftsende hat sich Pituitrin nicht bewährt, jedoch tat es gute Dienste als unterstützendes Mittel bei im Gange befindlichem Abort oder bei künstlicher Frühgeburt. Sehr brauchbar ist es ferner, um den normalen Geburtsverlauf zu beschleunigen in Fällen, wo Rücksichten auf die Mutter oder auf das Kind es zweckmässig erscheinen lassen. Für die Nachgeburtsperiode bietet es prophylaktisch gute Dienste in Fällen, wo auf Grund der Anamnese eine Nachgeburtsblutung zu erwarten ist. Jedoch gab Fischer nach Geburt des Kindes meist lieber Secale oder Adrenalin. Unangenehme Nebenwirkungen auf Mutter oder Kind beobachtete Fischer nicht. Die stürmisch einsetzende Wehentätigkeit hatte gelegentlich ein Sinken der kindlichen Herztöne bis auf 60 zur Folge, doch liess sich ein unglücklicher Einfluss aufs Kind post partum nie feststellen.

J. Hirsch (59) verwendete die verschiedensten Hypophysenextrakte: Pituitrin, Vaporole, Pituglandol und Glanduitrin. Das letztere hatte sich nur besonders bewährt, da bei dessen Anwendung fast nie ein Tetanus uteri eintrat, sondern stets gut rhythmische Kontraktionen. Er injizierte intramuskulär oder subkutan. Wie andere Beobachter kommt auch Hirsch zu dem Schluss, dass die Hypophysenextrakte sich nicht zur Abortbehandlung eignen, auch zur Einleitung der Frühgeburt bewährten sie sich nur in Verbindung mit Blasensprengung. Am normalen Schwangerschaftsende gelingt die Einleitung der Geburt nur unmittelbar vor dem natürlichen Beginn der Wehen. Im übrigen hat auch Hirsch nur günstiges bei Anwendung der Hypophysenextrakte gesehen, vor allem eine wesentliche Abkürzung der Geburtsdauer und Einschränkung sonst nötiger operativer Massnahmen in der Austreibungsperiode. Hirsch hat seine Erfahrungen an 70 geburtshilflichen Fällen gesammelt. Die Wirkung erfolgte nach 2—5 Minuten. Vor wiederholten Injektionen braucht man sich nicht zu scheuen, allerdings müssen sie in grösseren Abständen erfolgen, da nach einer Injektion von 0,4 g Substanz meist Tetanus uteri entsteht. Hirsch widerrät, direkt nach der Entbindung vor Abgang der Plazenta die Injektionen, da leicht „Placenta retenta“ entsteht. Dagegen empfiehlt er die Injektionen nach Ausstossung der Plazenta zur Bekämpfung atonischer Blutungen eventuell mit Sekalegaben kombiniert. Ein eklatanter Erfolg war bei einem Kaiserschnitt zu beobachten, wo der schlaffe Uterus sich nach Glanduitrin heftig kontrahierte und „aufbäumte“. Deshalb sind bei Sectio caesarea prophylaktische Injektionen indiziert.

Patek (90) berichtet über drei im Gang befindliche Aborte, die mit Pituitrin behandelt wurden. In allen drei Fällen konnte eine hemmende Wirkung des Extraktes beobachtet werden. Während vor der Injektion der Zervikalkanal bequem für 1—2 Finger passierbar war, war er nach Pituitrin vollständig geschlossen, so dass andere Massnahmen zur Erledigung der Aborte, die zum Teil dringend indiziert war, getroffen werden mussten. Es war also ein Tetanus uteri eingetreten.

Ähnlich diesen von Patek (90) berichteten Fällen verlief ein Fall von Heil (54), der einer Kreissenden 36 Stunden nach Geburt des ersten Zwillings wegen Wehenstillstandes 0,5 ccm Pituitrin injizierte. Der innere Befund vor der Injektion war: hoher, beweglicher Kopfstand; vollkommen erhaltene Cervix, die für einen Finger durchgängig war, stehende Blase. Heil hatte bei der innerlichen Untersuchung, die er nach der Injektion während einer Wehe — gute Wehen hatten stundenlang angehalten — vornahm, den Eindruck, dass sich die Cervix unter der Wehe verengere. Wegen hoher Temperaturen musste die Geburt durch Wendung beendigt werden, wobei die Entwickelung des nachfolgenden Kopfes, der durch den inneren Muttermund zurückgehalten wurde, Schwierigkeiten machte. Der Fall mahnt, wie Heil meint, dass Pituitrin erst dann anzuwenden sei, wenn der Muttermund bereits ganz oder nahezu ganz erweitert ist, also erst in der Austreibungsperiode. Auch bei regelwidrigen Lagen soll vom Gebrauch des Pituitrins abgesehen werden. ebenso

warnt Heil vorläufig noch vor Anwendung bei Beckenendlagen, da eine eventuell cervixkontrahierende Wirkung die Entwickelung des Kopfes erschweren könnte.

Fries (32) hatte in einigen Fällen den Eindruck, als neige der Uterus nach Injektion von Hypophysenextrakt in der Nachgeburtsperiode zu Erschöpfung, jedoch sah er niemals eine ausgesprochene Atonie oder lebensgefährliche Blutung. Er kommt immerhin zu dem Schlusse, dass in der Nachgeburtsperiode Sekalepräparate immer noch am überlegendsten sind. Bei 75 Geburten (davon 1/3 im Privathause) wurden Hypophysenextrakte injiziert (Pituitrin, Vaporole, Pituglandol, Sekapitrin-Custodis). In 4 % der Fälle wurden Versager oder Schwachwirkung festgestellt, doch bestanden bei diesen erhebliche Geburtshindernisse. Sonst äussert sich auch Fries sehr befriedigend von der Wirkung der Extrakte, sah sich aber auch enttäuscht in deren Anwendung zur Einleitung oder Beendigung von Aborten. Es gelang auch, in einigen Fällen puerperale Ischurie wirksam zu bekämpfen. Die Präparate, auch wiederholt injiziert, wirken nicht toxisch und kombinieren sich mit Herzmitteln, Morphium und Sekalepräparaten, ohne deren Wirkung zu beeinträchtigen. Auch nach gynäkologischen Eingriffen bewährten sich die Extrakte als Tonikum.

Im Gegensatz zu anderen Beobachtungen kommt Eisenbach (25) auf Grund seiner Erfahrungen zu dem Schlusse, dass das Hypophysenextrakt in der Nachgeburtsperiode von ganz ausgezeichneter Wirkung ist. In zahlreichen Fällen von atonischer Nachblutung, wo die bisher üblichen Bekämpfungsmassnahmen zu keinem Erfolge führten, wurde Pituglandol injiziert, also erst, nachdem selbst Sekale versagte. Der Erfolg war in allen Fällen ein frappanter: es traten nunmehr prompt langanhaltende Kontraktionen auf, wobei der Uterus sich steinhart anfühlte und die Blutung zum Stehen kam. Eisenbach hat somit dieselben Erfahrungen wie Foges, Hofstätter, Klotz u. a. gemacht. Die übrigen Ergebnissen, die an 30 Fällen studiert sind, decken sich ziemlich mit den Resultaten anderer auch: das Mittel ist zwar kein absolut sicher wirkendes, aber zurzeit doch das beste existierende Wehenmittel, das doch fast alle Fälle von Wehenschwäche günstig beeinflusst und häufig operative Eingriffe zur Beendigung der Geburt vermeidbar macht. Die Einleitung des Aborts gelingt nicht. Schädliche Nebenwirkungen kamen nicht zur Beobachtung.

Liegt nur ein kleiner Teil der Plazenta vor, so macht Trapl (124), wenn Längslage besteht und die Geburt so weit vorgeschritten ist, dass der Halskanal offen ist, die Blasensprengung und gibt Pituitrin oder Pituglandol. Bei allen anderen Fällen von vorliegendem Fruchtkuchen wird die Wendung nach Braxton-Hicks ausgeführt, der heruntergeholte Fuss mit 1/2 kg Gewicht beschwert und Pituitrin gegeben. Kann die Wendung noch nicht ausgeführt werden, weil der Halskanal zu wenig offen ist, so wird mit kleinem Ballon Metreuryse ausgeführt oder einfach die Scheide tamponiert. Später, wenn der Muttermund genügend offen ist, wird die kombinierte Wendung gemacht und Pituitrin gegeben. Durch die Beschleunigung der Geburt kann das kindliche Leben erhalten werden.

Nachgeburtsperiode.

1. *Ahlfeld, F., „Hand von der Gebärmutter“. Zentralbl. f. Gyn. p. 1385.
1a. Matwejew, Über die Bedeutung des Strassmannschen Phänomens in der Nachgeburtsperiode. Wratsch. Gaz. Nr. 10. Sitzg. d. geb.-gyn. Ges. zu Moskau. (Matwejew hat das Merkmal an 100 Fällen geprüft und empfiehlt es warm.) (H. Jentter.)
2. Nacke, W., Zu dem Artikel von F. Ahlfeld (1): „Hand von der Gebärmutter.“ Zentralbl. f. Gyn. p. 1687
3. Mc Pherson, Ross, Care of Patient in third stage of labour and Puerperium. Bull. of Lying-in-Hospital. New York. March. Ref. The Brit. med. Journ. July 6.
4. *Reich, Joh., Über das „Halten der Gebärmutter“. Erfahrungen mit der Dubliner Methode in der Leitung der dritten Geburtszeit. Zentralbl. f. Gyn. p. 983.

5. Richter, Zur Publikation von Reich: „Über das Halten der Gebärmutter." Erfahrungen mit der Dubliner Methode in der Leitung der dritten Geburtszeit. Zentralbl. f. Gyn. p. 1186. (Richter weist darauf hin, dass die Dubliner Methode seit mehr als 20 Jahren durch die Leopoldsche Schule gehandhabt wird.)
6. Rübsamen, Über den Blutverlust in der Nachgeburtsperiode (experimentelle Untersuchungen). Internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. Ref. Gyn. Rundschau. p. 770. (Rübsamen hat die praktische Anwendbarkeit des Pituitrins bei Nachblutungen nachgewiesen. Er stellte durch seine neue Methode fest, dass Pituitrin in der Nachgeburtsperiode die Wehentätigkeit des Uterus im Sinne einer Frequenzzunahme der Wehen und eine Verkürzung der Wehenpausen beeinflusst. Ergotin verkürzt die Wehenpausen nicht, sondern verstärkt nur die einzelnen Uteruskontraktionen. Wurde Pituitrin direkt nach der Geburt gegeben, so betrug der Blutverlust in der Nachgeburtsperiode nur ca. $\frac{1}{3}$ des Normalen, wurde Pituitrin vor der Geburt gegeben, so waren die Blutverluste eher grösser als normal.)
7. Thiemeyer, W., Über den gegenwärtigen Stand der Leitung der Nachgeburtszeit, insbesondere das Verhalten bei Eihautretention. Inaug.-Diss. Strassburg 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1744.

Reich (4) empfiehlt auf Grund bester Erfahrungen, die er gemacht hat, aufs wärmste die Überwachung des Uterus während der Nachgeburtsperiode nach der in Vergessenheit geratenen Dubliner Methode. Diese besteht darin, dass sofort nach Ausstossung des Kindes der Uterus „gehalten" wird und zwar in der Weise, dass durch die Bauchdecken hindurch der Fundus uteri mit einer Hand bzw. den gespreizten Fingern so umfasst wird, als wenn man den Credéschen Handgriff ausführen wollte. Die Hand hat jedoch den Uterus ganz ruhig, nur unter leichter, möglichst konzentrischer Kompression, ohne Massage, Kneten, Reiben, aber dabei in möglichster Ausdehnung zu umfassen, während die Gebärende mit geschlossenen Beinen ruhig horizontal im Bett liegt Der Uterus wird so bis zur Dauer einer Stunde und länger gehalten, bis der Übertritt der Plazenta in die Scheide erkenntlich wird. Dann lässt man die Gebärende mitpressen und fördert die Ausstossung der Nachgeburt durch Credéschen Handgriff. Die Resultate waren ganz ausgezeichnete: nahezu in jedem Falle konnte eine stärkere Blutung verhindert werden und auch manuelle Plazentarlösungen, die sich bei früheren Geburten nötig gemacht hatten, konnten umgangen werden. Der physiologische Blutverlust war ein äusserst geringer, so dass Reich den Eindruck gewonnen hat, dass nur wenige Esslöffel Blutverlustes, nicht aber 3—400 g, als Norm angenommen werden müssten.

Die Bemerkungen von Reich (4) und Richter (5) fordern Ahlfeld (1) zu Widerspruch heraus. Er will das „Halten der Gebärmutter" beschränkt wissen auf Fälle mit Blutungen und höchstens noch auf solche, die in dieser Richtung verdächtig sind. Macht man aber das Handauflegen zur Regel in allen Fällen, so kann sehr leicht, wie Küstner sagt, daraus „ein gelindes Reiben werden und damit wird in noch höherem Masse der Uterus zu unphysiologischen Kontraktionen angeregt, damit die erste Störung zu pathologischen Nachgeburtskontraktionen gegeben."

Narkose der Kreissenden.

1. Baisch, Diskussion zu Zweifel (15). Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 721. (Macht auf die Erregungszustände aufmerksam, die in der Privatpraxis sehr unangenehm werden können.)
2. Biermer, Die Herabsetzung der Wehenschmerzen durch Pantopon-Skopolamininjektionen. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. Heft 17. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1777.
3. Brunner, Friedr., Vorsicht mit dem Skopolamin! Münchn. med. Wochenschr. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1777. (Ein Todesfall!)
4. Döderlein, Diskussion zu Zweifel (15). Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 721. (Erinnert an die Stickoxydul-Sauerstoffnarkose bei Gebärenden, durch die

ein vorzüglicher Dämmerschlaf herbeigeführt wurde. Leider ist die Gasbereitung zu umständlich. Den Skopolamin-Morphium-Dämmerschlaf empfiehlt Döderlein sehr.)
5. Eggl, Diskussion zu Zweifel (13). Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 720. (Eggl sah einmal nach Skopomorphininjektion Pulsverlangsamung auf 50 Schläge mit gleichzeitig auftretender Zyanose und quälendem Durst.)
6. Fedorow, Zur Pantopon-Skopolaminnarkose in der Geburt. Prakt. Wratsch. Nr. 7/8. (Auf Grund seiner Erfahrungen an 53 Kreissenden kommt Fedorow zu folgenden Schlüssen: Die Pantopon-Skopolaminnarkose analgesiert den Geburtsakt ebenso gut wie die Skopolamin-Morphiumnarkose, ohne Amnesie hervorzurufen. Sie übt keinen üblen Einfluss auf das Kind aus. Wesentlich ist völlige Abwesenheit irgendwelcher Nebenwirkungen auf die Mutter. Ihre Anwendung ist einfacher und bequemer, als die der Skopolamin-Morphiumnarkose.) (H. Jentter.)
7. Fomina-Argunowa, Zur Anästhesierung bei normaler Geburt. Wratsch. Gaz. Nr. 16. Sitzungsber. d. Phys.-Med. Ges. zu Ssaratow. (Verf. hat an 20 Geburtsfällen zwecks Anästhesierung Mischnarkose angewandt, meist bei Erstgebärenden, und keinerlei üble Folgen erlebt. Vorsichtige Anwendung narkotischer Mittel lindert den Schmerz und benimmt ihn bisweilen völlig. Durch die Narkose wird der Geburtsakt nicht verlangsamt; bei unregelmässigen, schmerzhaften und bei Krampfwehen wird der Geburtsverlauf beschleunigt. Nachgeburtsperiode und Wochenbett bleiben normal; auf die Kinder übt die Narkose keinerlei Wirkung aus.) (H. Jentter.)
8. *Jaeger, Oskar, Über die Herabsetzung des Geburtsschmerzes. Deutsche med. Wochenschr. p. 1141.
9. Iljin, F. N., Narkose in der Geburtshilfe auf Grund von 25 Fällen von Morphium-Skopolaminnarkose. Samml. von Arbeiten über Geb. u. Gyn. Teil II. Petersburg 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 783.
10. Langer, Über die Haltbarkeit von Skopolaminlösungen in Ampullen. Therap. Monatshefte. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1237. (Eine Aufbewahrung von Skopolamin selbst in sterilen Ampullen für längere Zeit ist zu verwerfen, weil Langer beobachtet hat, dass nach fünf Monaten die Wirksamkeit des Mittels auf ein Drittel der ursprünglichen, nach neun Monaten noch wesentlich mehr gesunken war. Langer steht damit im Gegensatz zu Kionka, der die Anschauung hat, dass Skopolaminlösungen selbst nach zweijährigem Aufbewahren in Flaschen aus weissem Glase keine Veränderungen der physiologischen Wirksamkeit zeigen.)
11. Liebl, Diskussion zu Zweifel (15). Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 720.
12. Mueller, A., Diskussion zu Zweifel (15). Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 721.
13. *Richter, J., Wehenschmerzlindernde und wehenanregende Mittel in der Geburtshilfe. Wiener klin. Wochenschr. p. 478. (Siehe auch Wehenmittel b) Nr. 97.)
14. Sachs, Fritz, Zur Frage der Haltbarkeit von Skopolaminlösungen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 30. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1777.
15. Zweifel, E., Über Morphium-Skopolamin-Dämmerschlaf. Münchn. gyn. Ges. 21. März. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 719. (200 Fälle aus der Münchener Klinik. Sehr guter Erfolg in 62,5 %, die vollkommenen Versager betragen 13 %. Die mittlere Dosis betrug für Erstgebärende 0,011 Morphium und 0,00068 Skopolamin, für Mehrgebärende 0,01 Morphium und 0,000585 Skopolamin. Ungünstige Nebenwirkungen auf Mütter oder Kinder wurden nicht beobachtet.)

Richter (13) berichtet zunächst über seine Erfahrungen mit Injektion von Pantopon zur Herabminderung des Wehenschmerzes. Er injizierte in 21 Fällen 1 ccm einer 2 % Lösung gegen Ende der Eröffnungsperiode. — Muttermund für gut drei Finger durchgängig. Wurde zu früh injiziert, etwa im Beginne der Eröffnungsperiode, so hörte die Wirkung bereits vor dem Ende der Geburt auf. Die Wirkung trat nach 10 bis 25 Minuten ein und hielt mehrere Stunden an. In den Wehenpausen verfielen die Kreissenden in einen schlafähnlichen Zustand, gaben während der Wehe nur ganz leise Schmerzäusserungen von sich, pressten aber gut mit. Ein vollständiges Schwinden der Schmerzen wurde in keinem Falle beobachtet. In fünf Fällen blieb der Erfolg der Injektion ganz aus, selbst nachdem in drei Fällen noch eine zweite Injektion von 1/2 ccm gemacht worden war. Alle fünf Frauen waren Erstgebärende. Dauer und Intensität der Wehen wurden durch das Pantopon

kaum beeinflusst, während in einigen Fällen die Wehenpausen, mithin der ganze Geburtsverlauf, verlängert wurden. Nach einer zweimaligen Injektion wurde ein schwer asphyktisches Kind geboren. — In weiteren 30 Fällen wurde nun Pantopon (2%) gemischt mit Skopolamin (0,0002—0,0003) injiziert. Auch hier wurde erst bei vorgeschrittener Eröffnungsperiode injiziert. Die nach 10 bis 20 Minuten eintretende Wirkung war die gleiche wie nach Pantopon allein. Eine vollständige Amnesie (Kolde) konnte in keinem Falle nachgewiesen werden, ebensowenig ein vollständiges Schwinden der Schmerzen. Eine entschiedene Linderung der Wehenschmerzen war in 25 Fällen zu beobachten. Bei fünf Erstgebärenden wurde keine befriedigende Wirkung erzielt. Zwei Asphyxien bei Neugeborenen werden dem kombinierten Mittel nicht zur Last gelegt. — Schliesslich werden noch schmerzstillende Versuche mit dem Modiskop (C. Brady) angestellt, doch liegen noch nicht genügend zahlreiche Beobachtungen vor. In einigen Fällen war allerdings eine wahrnehmbare Linderung der Wehenschmerzen nachzuweisen. — Der zweite Teil der Arbeit behandelt die Anwendung von Hypophysenextrakt in 50 Fällen. Es wurde das doppelt starke Pituitrin von Parke, David & Co. gegeben. Die Injektionen zeitigten gute Resultate, wenn die Gebärenden sich schon nahe dem Ende der Eröffnungsperiode befanden. Meist genügte dann nur eine Injektion. Unter 29 Fällen trat nur einmal nach der Injektion überhaupt keine Wehe auf. Niemals konnte mit Pituitrin allein Abort, der künstlich damit eingeleitet wurde, erreicht werden. Guter Erfolg wurde bei Nachgeburts- und stärkeren Wochenbettsblutungen erzielt. Die Versuche, durch Pituitrin bei Harnverhaltung im Wochenbett spontane Miktion zu erzeugen, blieben in den meisten Fällen ohne Erfolg.

Jaeger (8) berichtet über seine Erfahrungen mit Pantopon-Skopolaminnarkose bei Kreissenden. Die Injektionen dürfen nicht zu früh und nicht zu spät gemacht werden, d. h. bei Erstgebärenden mit guten Wehen muss der Muttermund mindestens drei- bis fünfmarkstückgross sein, dagegen muss bei Mehrgebärenden die erste Injektion, damit voller Erfolg erzielt werde, noch während der Eröffnungsperiode geschehen. Es wurde so bei 108 Gebärenden verfahren und die Erfolge waren recht gute. Ausdrücklich hebt Jaeger hervor, dass mit seinem Verfahren ein Dämmerschlaf im Sinne von Krönig und Gauss nicht herbeigeführt wurde, dass auch nicht die Absicht dazu bestand, da grössere Dosen von Pantopon und Skopolamin als zu gefährlich für Mutter und Kind perhorresziert wurden. Jaeger gibt als erste Injektion zunächst 0,02 Pantopon und 0,0003 Skopolamin.hydrobrom. in eine Infraklavikulargrube (von hier aus erfolgt die Resorption der Medikamente am schnellsten). Die schmerzstillende Wirkung tritt gewöhnlich nach $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde ein und hält etwa drei bis fünf Stunden, nicht selten auch länger an. Ist die Wirkung nach der ersten Injektion ungenügend, so wird sie nach einer Stunde wiederholt und zwar wird diesmal nur die Hälfte der ersten Dosis injiziert. Bleibt die Wirkung auch jetzt noch ungenügend, so gilt der Fall als Versager, jede weitere Injektion unterbleibt. War die erste Einspritzung wirksam, so wird abgewartet und erst, wenn die Schmerzhaftigkeit der Wehen wieder zunimmt, die zweite Injektion vorgenommen (0,01 Pantopon und 0,00015 Skopolamin). In 93 so behandelten Fällen war die Wirkung durchaus befriedigend. Nur neunmal versagte die Methode völlig. Auch bei 25 engen Becken leichteren Grades (C. v. nicht unter 8,5 cm) war 18 mal der Erfolg gut, drei völlige Versager. Die Wehentätigkeit wird durch Pantopon-Skopolamin nicht nennenswert ungünstig beeinflusst. Eine stärkere Nachgeburtsblutung beobachtete Jaeger nur einmal (Blutverlust 1000 ccm). Drei Kinder wurden im Zustande rasch vorübergehender Oligopnoe spontan geboren, fünfmal musste aus fötaler Indikation die Zange angelegt werden. Von diesen fünf Kindern starb eines, zwei waren tief asphyktisch (tiefer Querstand, Nabelschnurumschlingung, also kaum Pantopon-Skopolaminwirkung. Werden die Grenzen der Dosierung nicht überschritten, so hält Jaeger sein Verfahren für gefahrlos für Mutter und Kind und empfiehlt es auch dem Praktiker.

IV.

Physiologie der Gravidität.

Referent: Dr. Zinsser.

a) Zeugung, Schwangerschaftsveränderungen im mütterlichen Organismus, Physiologie der Frucht und ihrer Anhänge.

1. *Acconci, Di alcune fini paricolarità di struttura della mucosa uterina, della decidua e dell' uovo. (Über einige feine Struktureigentümlichkeiten der Gebärmutter, der Decidua und des Eies.) Folia Ginec. V. VII. Fasc. 1. (Artom di Sant' Agnese.)

1a. *Adachi, S., Zur Frage der Blutveränderung bei Schwangeren und Gebärenden. Hegars Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 17. S. 174.

2. *Ahlfeld, Der Einfluss des Alters der Mutter auf das Geschlecht des Kindes. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. 3.

3. Amersbach, A., Über die Staphylokokken in den Geschlechtswegen normaler Schwangerer. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. Heft 2.

4. Aschner, B., Über die Beziehungen zwischen Hypophysis und Genitale. Arch. f. Gyn. Bd. 97. Heft 2.

5. Ballerini, G., Histochemische Untersuchungen über Fettstoffe und Lipoide im Plazentargewebe. Arch. f. Gyn. Bd. 98. 1.

6. *Bar, P., Über das Vorhandensein plazentarer Antikörper im Blute Gravider. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Mars.

7. Benthin, W., Der Blutzuckergehalt in der Schwangerschaft, in der Geburt, im Wochenbett und bei Eklampsie. Zweite Mitteilung. (Blutzuckergehalt bei Eklampsie.) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 71. 3.

8. *Bergesma, E., Der Zuckerstoffwechsel in der Schwangerschaft und im Wochenbett. Ein Beitrag zur Frage der Schwangerschaftsleber. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. 1.

9. Bienenfeld, B., Beitrag zur Kenntnis des Lipoidgehaltes der Plazenta. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. 2.

10. Blaukingship, Konzeption bei Amenorrhoe. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Febr. (Eine 23jährige Frau hat dreimal geboren, ohne dass sich jemals die Menstruation gezeigt hätte.)

11. Bockelmann, Zur Deutung und Behandlung der Unfruchtbarkeit des Weibes. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 37.

12. Bonnaire, Vorzeitige Atmung einer fünf Stunden post mortem der Mutter extrahierten Frucht. Pariser geb. Ges. Sitzg. vom 27. April 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 210. (Verf. stellt durch mikroskopische Untersuchung fest, dass der Fetus geatmet hat, und zwar keine atmosphärische Luft, sondern Gas, das durch den Fäulnisprozess entstanden war.)

13. Bouquet, Changements de forme de l'uterus gravide. Bull. de la Soc. de Gyn. et d'Obst. de Paris. p. 731.

14. Bromann, I., Über geschlechtliche Sterilität und ihre Ursachen. Wiesbaden, J. F. Bergmann.

15. *Cathala, V., L'ablation du corps jaune au début de la grossesse chez la femme. La Gyn. p. 452.

16. Delporte, Fr., Beitrag zum Studium der Eieinbettung des Menschen und zur Physiologie des Trophoblasten. Brüssel., H. Lamartin.

17. Döderlein, A., Über künstliche Befruchtung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 20.

18. *Doi, M., Blutuntersuchungen bei Schwangeren, Kreissenden und Wöchnerinnen, mit besonderer Berücksichtigung der Ätiologie der Schwangerschaftsniere und Eklampsie. Arch. f. Gyn. Bd. 98. 1.

19. *Eisenreich, Über Beziehungen anaphylaktischer Natur zwischen Mutter und Kind. Sitzungsber. d. ärztl. Vereins München. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2028.
20. *Ebeler, F., Beiträge zur Blutgerinnungsfrage. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 189.
21. Engelhorn, E., Schilddrüse und weibliche Geschlechtsorgane. Sitzungsber. d. Physik. med. Sozietät Erlangen. Bd. 43. p. 132. 1911.
22. Esch, P., Untersuchungen über das Verhalten der Harngiftigkeit in der Schwangerschaft, in der Geburt und im Wochenbett, mit Berücksichtigung der Eklampsie. Arch. f. Gyn. Bd. 98. 2.
24. *Esch, P., Bewirkt das Kind während des intrauterinen Lebens eine Überempfindlichkeit der Mutter? Zentralbl. f. Bakt. Bd. 64.
25. *Famulener, Immunity transmission from mother to offspring. Ref. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. p. 143.
26. Ferroni, E., Importanza e significato delle membrane deciduali uterine. (Wichtigkeit und Bedeutung der Deciduamembran der Gebärmutter.) Gazz. Ital. d. Levatrici. Siena. Anno 1. p. 33. (Artom di Sant' Agnese.)
27. Forssell, O., Zur Kenntnis des Amnionepithels in normalem und pathologischem Zustande. Arch. f. Gyn. Bd. 96. 3
28. Franz, R., Über das Verhalten der Harntoxizität in der Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett. Arch. f. Gyn. Bd. 96. 2.
29. *Fromme, F., Schwangerschaft und Anaphylaxie. Münchn. med. Wochenschr. p. 312.
30. *Gaifami, P. jun., Intorno a una reazione chimica del sangue nello stato puerperale e nel neonato. Annali di Ostetr. e Ginec. (Artom di Sant' Agnese.
31. Gammeltoft, S. A., Undersögelser over Kvaelstofomsaetningen under Graviditeten. (Untersuchungen über den Stickstoffwechsel während der Gravidität.) Kòbenhavn. 194 p. Habilitationsschrift. Skand. Arch. f. Phys. Bd. 28. 1913. p. 108. (Verkürzt, ohne historische Einleitung.) . (O. Horn.)
32. Giusti, G., La reazione deciduale sul collo dell' utero, sugli annessi e sul peritoneo pelvico durante la gravidanza e suo modo di produzione. (Die deciduale Reaktion der Cervix, der Adnexe und des Beckenperitoneums während der Schwangerschaft und ihre Entstehung.) La Gin. Firenze. IX. Fasc. 12. p. 374 (Artom di Sant' Agnese.)
33. Goldfeld, Die Abhängigkeit der körperlichen Entwickelung Neugeborener vom Beruf der Eltern. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. 2.
34. Grillo, Beziehungen zwischen dem Fötus und der Mutter. Intern. Gyn. Kongr. Berlin. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1318.
35. *Guicciardi, G., Curve termiche in gravidanza. (Wärmekurven in der Schwangerschaft.) La Ginec. Firenze. IX. Fasc. 9. (Artom di Sant' Agnese.)
36. Hannes, W., Die körperliche Entwickelung der Frucht in ihrer Beziehung zur berechneten Schwangerschaftsdauer.
37. *Hasselbach, K. A., Ein Beitrag zur Respirationsphysiologie der Gravidität. Skand. Arch. f. Physiol. Bd. 27. p. 1. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2159.
38. Heinrichsdorf, Die anatomischen Veränderungen der Leber in der Schwangerschaft. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. 2.
39. — F., Die anatomischen Veränderungen der Leber in der Schwangerschaft. Habilitationsschrift. Breslau.
40. *Herrmann, E., und J. Neumann, Über den Lipoidgehalt des Blutes normaler und schwangerer Frauen, sowie neugeborener Kinder. Biochem. Zeitschr. Beitr. z. chem. Physiol. u. Pathol. Bd. 43. 1 u. 2.
40a. — — Über die Lipoide der Gravidität und deren Ausscheidung nach vollendeter Schwangerschaft. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 42.
41. *Hertwig, R., Über den derzeitigen Stand des Sexualitätsproblems nebst eigenen Untersuchungen. Biol. Zentralbl. Bd. 32. p. 1. 12. 65. u. 129.
42. *Heynemann, Th., Zur Frage der Leberinsuffizienz und des Kreatininstoffwechsels während der Schwangerschaft und bei den Schwangerschaftstoxikosen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 71. 1.
43. Hirsch, J., Schwangerschaft nach künstlicher Befruchtung. Berl. klin. Wochenschr. p. 1361.
44. Hofbauer, Die Graviditätsveränderungen der Organe in klinischer Beleuchtung. Samml. klin. Vorträge. Gynäkol. Nr. 210.

45. Hoffström, K. H., Eine Stoffwechseluntersuchung während der Gravidität. Arb. a. d. geb.-gyn. Klinik in Helsingfors. Heft 13. (Cf. Jahresbericht 1911.)
46. Hollister, C., Der Blutdruck in der Schwangerschaft. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. March. (Ein regelmässiges Ansteigen des Blutdruckes in der Schwangerschaft konnte nicht nachgewiesen werden. Jede längerdauernde Steigerung ist als abnorm anzusehen.)
47. Huguenin, Über den Fettgehalt des Sarkoplasmas der glatten Muskulatur des schwangeren und puerperalen Uterus. Münchn. med. Wochenschr. p. 414.
48. Jaschke, Kreislauf und Schwangerschaft. Med. Klinik. Nr. 8. p. 303.
49. *Inouye, K., Über die Dauer der menschlichen Schwangerschaft nach dem Konzeptionstage berechnet. Inaug.-Diss. München 1911.
50. Judd, Hollister, C., Blood pressure in pregnancy. The Amer. Journ. of Obst. p. 429.
51. Ivanoff, M., Recherches sur la musculatur de l'uterus gravide. Bull. de la Soc. d'obst. de Paris. 1913. p. 1.
52. *Kahn, Friedel, Zur Frage des Serumgehaltes an adrenalinähnlichen Substanzen. Münchn. med. Wochenschr. p. 692.
53. Key-Åberg, A., Über die berechnete Länge der menschlichen Schwangerschaft und die Bedeutung dieser Frage für den Beweis der Vaterschaft. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. Nr. 9. (Silas Lindquist.)
54. Kieffer, La glande myométricale chez la cobaye gestante. Sitzungsber. d. Congrès obst. de France. Ref. La Gyn. p. 627.
55. *Kolde, Untersuchungen von Hypophysen bei Schwangerschaft und nach Kastration. Arch. f. Gyn. Bd. 98. 3.
56. — Die Hypophyse bei Schwangerschaft und nach Kastration. Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 7. Juli. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1223.
57. Kraus, R., Ishiwara, K., und J. Winternitz, Über das Verhalten embryonaler Zellen gegenüber Nabelblut und Plazentarserum. Ein weiterer Beitrag zur Karzinomreaktion nach Freund-Kaminer. Deutsche med. Wochenschr. p. 303.
58. Kreiss, Ph., Über die Gerinnungsfähigkeit des Blutes während der Schwangerschaft, der Geburt und im Wochenbett. Inaug.-Diss. Heidelberg 1911.
59. Kretschmann, Hugo, Über den intrauterinen Übergang von Antikörpern auf die Frucht. Inaug.-Diss. Halle.
60. *Lamers, M., Der Kalkgehalt des menschlichen Blutes, besonders beim Weibe, und eine praktisch klinische Methode, denselben quantitativ zu bestimmen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 71. 1.
61. Linzenmeier, G., Der Kalkgehalt des menschlichen Blutes. Technische Bemerkungen zu der Arbeit von Lamers. Zentralbl. f. Gyn. p. 1143.
62. *Landsberg, E., Untersuchungen über den Stoffwechsel von Stickstoff, Phosphor und Schwefel bei Schwangeren. Gleichzeitig ein Beitrag zur Frage der Leberfunktion während der normalen Gravidität. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 71. 1.
63. *Loeschke, H., Untersuchungen über Entstehung und Bedeutung von Spaltbildungen in der Symphyse, sowie über physiologische Erweiterungsvorgänge am Becken Schwangerer und Gebärender. Arch. f. Gyn. Bd. 96. 3.
64. *— Beeinflussung des weiblichen Beckens durch Schwangerschaft und Geburt. Sitz.-Bericht d. allg. ärztl. Vereins Köln. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1834.
65. *Mareck, R., Über den Einfluss des Alters auf die erste Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett. Gyn. Rundschau.
66. Markoe, J. W., und L. A. Wing, Die Schilddrüse und ihre Beziehung zu Schwangerschaft und Puerperium. Bull. of the Lying-in hospital. Vol. 8. Nr. 4.
67. *Morse, M. E., Blood Plateles in Normal Women, Obstetrical Patients and the New-born. Boston Med. Surg. Journ. 448. Ref. The Amer. Journ. of Obst. p. 284.
68. *Mounn af Heurlin, Zusammenfassende Studie über den Übergang von Antikörpern der Aszendenten auf ihre Nachkommen. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Juin.
69. Nadory, Béla, A petefészek befolyása a magzat nemének meghatározásána. Budapesti Orvosi Ujság. Szülészet és Nögyógyászat. Nr. 4. (Bericht über einen Fall, wo nach Exstirpation des einen Eierstockes bei zwei Geburten Kinder verschiedenen Geschlechtes zur Welt kamen: ein Beweis gegen die Theorie, dass das Geschlecht des Kindes davon abhänge, welchem Eierstocke das Ei entstamme.) (Temesváry.)
70. Neubauer und Novak, Zur Frage der Adrenalinämie und des Blutzuckers in der Schwangerschaft. Deutsche med. Wochenschr. 1911. p. 2287.

71. Nicloux, Mécanisme du passage du carbone de la mère à l'enfant. Sitzungsber. d. soc., d'obst. et de gyn. de Paris. Ref. La Presse méd. p. 1071.
72. *Novak, J., O. Forges und R. Strisower, Über Nierendiabetes in der Gravidität. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 40.
74. *Novak, Porges und Leimdörfer, Über Graviditätsazidose. K. k. Ges. d. Ärzte zu Wien. Sitzg. vom 19. Jan. Ref. Wiener klin. Wochenschr. p. 184.
75. *Perazzi, P., Ricerche sulla saliva in gravidanza ed in un caso di ptialismo gravidico pernicioso. (Untersuchungen über den Speichel in der Schwangerschaft und in einem Falle von Ptyalismus gravid. perniciosus.) La Ginec. Firenze. IX. Fasc. 4. (Artom di Sant' Agnese.)
76. Pisani e Savaré, La deviazione del complemento applicata alla diagnosi biologica della gravidanza. (Die Komplementablenkung, angewandt in der biologischen Diagnose der Schwangerschaft.) La Ginec. Firenze. IX. 15. (Auf Grund zahlreicher Versuche glauben die Verff. schliessen zu können, dass es möglich ist, in einer grossen Anzahl von Fällen die Diagnose auf Schwangerschaft mittelst der Komplementablenkung zu stellen, und dass das beste Antigen der Plazentaextrakt in Alkohollösung und nicht in wässeriger Lösung sei. Die positiven Reaktionen in den ersten 45 Monaten sprechen aller Wahrscheinlichkeit nach zu gunsten einer bestehenden Schwangerschaft: die positiven nach dem fünften Monate stellen physikalisch-chemische Reaktionen zwischen Lipoiden und nicht spezifischen Lipophilen dar. Die negativen Reaktionen haben nur einen annähernden Wert.) (Artom di Sant' Agnese.)
77. Politi, Aloisio G., Sul passaggio degli amino-acidi dalla madre al feto. (Über den Übergang der Aminosäuren von der Mutter auf den Fötus.) La Ginec. Firenze. IX. Fasc. 3. (Bei Einspritzung in den mütterlichen Blutkreislauf schwangerer Hündinnen einer Lösung, welche proteische, vollständig verdaute Stoffe enthält, und die wahrscheinlich aus einem Antipepton bestehen, bemerkt man den Übergang dieser Stoffe in das Blut des Fötus. Verf. rät zur Anwendung des Pankreassaftes während der Schwangerschaft zwecks Vervollständigung der Verdauung der proteischen Stoffe und um sie für den Durchgang vom mütterlichen Organismus in den fötalen geeignet zu machen.) (Artom di Sant' Agnese.)
78. Pott, Studien über die Veränderung des Blutes während der Gestationsperiode des Weibes. Inaug.-Diss. Heidelberg 1911.
79. Rajewsky, Zur Frage über die Entstehung des Geschlechts. Journ. f. öffentl. Hyg., gerichtl. u. prakt. Med. Jan. (Statistische Bearbeitung des Kirchenbüchermaterials eines Fleckens im Gouvernement Wjatka. Das Alter und deswegen auch der physische Kräftezustand und die sexuelle Energie spielen in der Geschlechtsbestimmung des Kindes eine wesentliche Rolle. Im vollreifen Alter zeugen Mann und Weib mehr Mädchen; bei mangelhafter Entwickelung oder bei physischem Verfall zeugen sie mehr Knaben.) (H. Jentter.)
80. *Raulot-Lapointe, G., und J. Thomas, Über einige durch die Schwangerschaft hervorgerufene Veränderungen in der Statik der Brust- und Bauchorgane. Obstétr. 1911. Nr. 12.
81. Reidy, J., Vagitus uterinus. Brit. med. Journ. Oct. (Während der Wendung bei einer IIpara wurde deutlich das Schreien des Kindes gehört.)
82. Richter, Über Fremdkörper im Uterus als Mittel zur Verhütung der Konzeption. Deutsche med. Wochenschr. p. 79. (Richter tritt wiederholt für seine Methode der Einführung von Silkfäden in den Uterus ein.)
83. Roemer, R., Über den Lipoidgehalt und die Kobrahämolyse aktivierende Fähigkeit des Serums Schwangerer und Nichtschwangerer. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 71. 1.
84. Rouvier et Laffont, Un cas de superfoetation apparante. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris. p. 89.
85. Ruebsamen, W., und J. Burakoff, Experimentelle Untersuchungen über die elektrische Reizbarkeit der Uterusmuskulatur. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. 3.
86. *Schickele, Neuere Untersuchungen über die sog. Schwangerschaftsleber. Intern. Kongr. f. Gyn. Berlin. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1325.
87. — Über die sog. Schwangerschaftsleber und die Leberinsuffizienz. Gyn. Rundschau. Nr. 20.
88. *— Zur Lehre von der inneren Sekretion der Plazenta. Biochem. Zeitschr. 38. 3 u. 4.
89. Schmorl, Demonstration zum Kapitel der Hypophysenveränderungen während der Gravidität. Gyn. Ges. Dresden. Sitzg. vom 21. Nov. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 208. 1913.

90. Schmorl, Demonstration eines jungen menschlichen Eies. Gyn. Ges. Dresden. Sitzg. vom 19. Okt. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 175.
91. Schockaert, R., Das Corpus luteum verum und Schwangerschaft. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Tome 7. 4. (Bei einer Ovariotomie im zweiten Monat der Schwangerschaft wurde das Corpus luteum nicht mit entfernt, es trat kein Abort ein. Am Ende der Gravidität Albuminurie und drohende Eklampsie.)
92. Schöner, O., Zur Frage der Vorausbestimmung des Geschlechts beim Menschen. Hegars Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 17. 2. (Polemik gegen Weinberg.)
93. — Die Vorausbestimmung des Geschlechtes beim Menschen. Zentralbl. f. Gyn. p. 225. (Polemik.)
94. *Schirokauer, Zum Zuckerstoffwechsel in der Schwangerschaft. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 11.
95. Schwarzenbach, E., Die Entwickelung des Knorpelbeckens im zweiten Fötalmonat auf Grund von sieben Beckenmodellen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. 2.
96. *Sellheim, H., Vermag die Mutter das bebrütete Ei zu beeinflussen? Hegars Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 17. 2.
97. Serog, Über Entwickelungsdifferenzen von Zwillingen. Inaug.-Diss. Breslau.
98. *Shewachow, Zu den Veränderungen des Herzens während der Schwangerschaft. Journ. akusch. i shensk. bol. Sept. (H. Jentter.)
99. Smithson, O., Der intrauterine Schrei. Brit. med. Journ. Okt. (Gleich nach Anlegen der Zange stiess das Kind einen kräftigen Schrei aus und wiederholte ihn nach wenigen Minuten.)
100. *Steinach, E., Untersuchungen über die Funktion und Bedeutung der Pubertätsdrüsen und die willkürliche Umwandlung von Säugetiermännchen in Tiere mit ausgeprägt weiblichen Geschlechtscharakteren und weiblicher Psyche. Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. 144. p. 71.
101. *Steuernagel, W., Die Kapazität der Harnblase in der Schwangerschaft, der Geburt und im Wochenbett. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 3. 6. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2883.
102. Stolper, Eieinbettung und Plazentation. Sammelreferat. Gyn. Rundschau. p. 462.
103. Strina, Il dosaggio della colesterina nel sangue di donne sane e malate in travaglio di parto. (Die Dosierung des Cholesterins im Blute gesunder und kranker Frauen in der Geburt.) La Ginec. Firenze. IX. 15. (Der Cholesteringehalt ist höher bei Erstgebärenden, bei den Vorläufern der Eklampsie und bei den sympathischen Erscheinungen; geringer bei den Mehrgebärenden und bei den Gesunden.) (Artom di Sant' Agnese.)
104. Swiecicki, Zur Heredität erworbener Eigentümlichkeiten. Verhandl. d. gyn. Sekt. d. XI. Vers. poln. Ärzte. Krakau 1911. p. 244—247. Cf. Kap. 1. Verhandlungen. (Frühgeburt infolge von Nephritis: das Kind kam zur Welt mit Mangel der zweiten und dritten Phalanx des Mittelfingers der rechten Hand. Der Vater hatte bei einem Trauma den Mittelfinger der rechten Hand eingebüsst. Der einzige Unterschied zwischen der rechten Hand des Vaters und des Kindes ist, dass dem Vater der gesamte Mittelfinger fehlt, dem Kinde aber nur zwei Phalangen desselben. Theoretische Besprechung dieser Beobachtung.)
105. Teevau, A., Kann das ungeborene Kind schreien? Brit. med. Journ. Oct. (Bei Einleitung der Frühgeburt mittelst eines Gummikatheters wurden die Eihäute verletzt und es floss Fruchtwasser ab. Kurz darauf hörte man das Kind deutlich schreien. Wenige Stunden später wurde ein lebendes Kind geboren.)
106. Ungar, Zur Lehre von den intrauterinen Atembewegungen. Ref. Deutsche med. Wochenschr. p. 683.
106a. *Vaissière, E., Komplementverbindung und Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Montpellier.
107. Wallart, Beitrag zur Frage der Schwangerschaftsveränderungen der Tube. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. 5.
108. Wälsch, Veränderungen der Achselschweissdrüsen während der Schwangerschaft. Prager med. Wochenschr. Nr. 10.
109. *Weill, Beitrag zur Frage der Entwickelungsmechanik des Geschlechts. Berl. gyn. Ges. Sitzg. vom 14. Juni. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 284.
110. — Beitrag zur Entwickelungsmechanik des Geschlechts. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 34.

111. Wohlgemut, J., Zur Frage der Herkunft des Fruchtwassers. Arch. f. Gyn. 98. 2. (Weitere Polemik gegen Polano und Wolff.)
112. Zangemeister, W., Tafeln zur Altersbestimmung der Frucht bezw. zur Beurteilung deren Entwickelung bei bekanntem Alter. Stuttgart, Enke.
113. Zubrzycki, Die Einwirkungen verschiedener Alkohollösungen auf das Blutserum Schwangerer, Kreissender, Wöchnerinnen und der Früchte. Lwowski Tygodnik Lek. Nr. 10. p. 143 u. ff. (Polnisch.) (Experimentelle Arbeit nebst Schlussfolgerungen.) (v. Neugebauer.)

Versuche von Eisenreich (19) beschäftigen sich mit dem Nachweis der anaphylaktischen Beziehungen zwischen Mutter und Kind durch die passive Anaphylaxie im Tierversuch; d. h. die hypothetisch angenommene Anaphylaxie der Mutter gegenüber ihrem Fötus wurde durch Injektion des mütterlichen Serums auf Meerschweinchen übertragen und dann 24—48 Stunden nach dieser Injektion die Probe auf den anaphylaktischen Zustand durch die intravenöse Injektion des Fötalserums angestellt. Hierbei ergab sich, dass 18 von 24 mit dem Serum normaler Mütter injizierter Tiere überhaupt keine anaphylaktischen Symptome zeigten, während in sechs Fällen deutlich positive anaphylaktische Erscheinungen vorhanden waren. Dagegen zeigten von acht Graviditätstoxikosen bei sieben Kontrolldoppelversuchen die Tiere stark positive anaphylaktische Erscheinungen. Ferner wurden Versuche darüber angestellt, ob die väterliche Komponente des Fötaleiweisses beim Zustandekommen der Anaphylaxie eine Rolle spielt. Es wurden Meerschweinchen mit mütterlichem Serum wieder passiv anaphylaktisch gemacht und dann mit dem väterlichen Serum 24—48 Stunden später reinjiziert. Dabei ergab sich, dass von zwei mit demselben Serum einer Eklamptischen vorbehandelten Meerschweinchen das eine Tier, das mit dem Serum des Kindsvaters nachbehandelt wurde, schwer anaphylaktisch erkrankte, während das zweite, das mit dem Serum eines unbeteiligten Mannes nachbehandelt worden war, durchaus normal blieb. Ebenso verhielt es sich mit dem zweiten Fall.

Esch (24) konnte feststellen, dass bei überempfindlichen Personen die intrakutane Applikation des Antigens starke lokale Reizerscheinungen auslöste. Zur Prüfung der Frage, ob bei der Mutter eine Überempfindlichkeit gegen kindliches Eiweiss vorliege, injizierte er Schwangeren fötales Serum intrakutan. Die Versuche fielen durchweg negativ aus.

Frommes (29) Versuche mit intrakutaner Injektion von Fötalserum bei Schwangeren hatten ebenfalls negative Ergebnisse.

Der Frage des Überganges der Antikörper von der Mutter auf das Kind widmet Mounn af Heuerlin (68) eine ausführliche Studie: 1. Unter normalen Verhältnissen ist der Gehalt des mütterlichen Serums an Antikörpern fast stets grösser als der des fötalen Serum. 2. Das menschliche Fruchtwasser ist für gewöhnlich weniger reich an Antikörpern als das fötale Serum. Der Übergang der von den Eltern erworbenen Immunität auf die Deszendenz findet nur durch die Mutter statt. Er erfolgt entweder durch die Plazenta oder durch die Milch. 4. Der Gehalt des fötalen Serums an Antikörpern ist um so grösser, je länger der Kontakt der mütterlichen Antikörper mit der Plazenta stattgefunden hat. 5. Der Übergang der Antikörper durch die Milch einer aktiv oder passiv immunisierten Frau findet leichter statt, als der durch die Plazenta, aber nur in den ersten Tagen nach der Geburt.

Famulener (25) immunisierte trächtige Ziegen gegen Hammelblutkörperchen. Die Jungen dieser Mütter wurden durch die Säugung passiv immun, und zwar in wesentlich höherem Grade als durch die Plazenta in utero. Den höchsten Antikörpergehalt zeigten das Kolostrum und die ersten Milchportionen, während die folgenden sich wesentlich weniger hämolytisch erwiesen. Waren die Muttertiere erst nach der Geburt der Föten immunisiert, so gelang es nicht, die Immunität nachweisbar auf den Säugling zu übertragen.

Bar (6) und Vayssière (106a) nehmen auf Grund ihrer sich auf die Komplementablenkung stützenden Versuche an, dass wirkliche Schwangerschaftsantikörper bestehen. Der Nachweis misslingt aber oft, da es schwer ist, ein sicheres und unveränderliches Antigen herzustellen.

Steinach (100) hat männliche Meerschweinchen und Ratten kastriert und ihnen Ovarien implantiert. Produkte der inneren Sekretion der Ovarien rufen dann die weiblichen Geschlechtscharaktere wie graziles Skelett, reichlichen Fettansatz, Entwickelung der Brustdrüse, Umstimmung des psychischen Geschlechtscharakters hervor. Wurden mit den Ovarien zusammen die Tube und ein Stück vom Uterushorn in die Bauchhöhle von Männchen verpflanzt, so wuchsen sie dort zu reifen Organen heran. Die sekundären somatischen und psychischen Geschlechtscharaktere können also umgestimmt werden.

Nach Schickele (88) ruft die Injektion von Plazentarpresssaft bei Kaninchen eine deutliche Blutdrucksenkung hervor. Anaphylaxie konnte durch mehrfache Injektion von Plazentarextrakt nicht erzeugt werden. Eine durch Pituitrin- oder Adrenalingaben erzeugte Blutdrucksteigerung konnte durch Plazentarextrakt herabgesetzt, resp. aufgehoben werden, andererseits verstärkte eine Plazentarinjektion die depressorische Wirkung des Schilddrüsensaftes. Bezüglich der Blutdrucksenkung verhalten sich also die Plazentarstoffe wie die Ovarialextrakte. Ausserdem konnte Schickele zeigen, dass das Plazentargewebe eine die Blutgerinnung hemmende Komponente enthält.

Zur Klärung der Frage nach dem Einfluss des Muttertieres auf das bebrütete Ei hat Sellheim (96) eine Beobachtung des Ornithologen Bechstein durch Experimente nachzuprüfen versucht, dahin gehend, dass die Jungen schwarzer Tauben, die in der Farbe sonst nie von ihren Eltern abweichen, im Stoss und an den Flügeln rote Federn bekommen sollen, wenn sie von roten Tauben bebrütet werden. Sellheim fand, dass diese Färbung mit der ersten Mauserung wieder verloren geht. Er hält sie für eine Jugendfärbung, die nicht als eine Beeinflussnng durch die Bebrütung angesehen werden kann. Gleichwohl glaubt er eine gewisse Beeinflussung des Eies durch die Mutter zugeben zu müssen.

Cathala (15) sah unter 11 Fällen, in denen das Corpus luteum im Anfang der Gravidität entfernt wurde, 9 mal die Schwangerschaft ungestört bis zum Ende weitergehen und einen normalen Partus folgen. Er glaubt daraus schliessen zu müssen, dass der gelbe Körper kein für die Ernährung des Eies in den ersten Schwangerschaftsmonaten integrierender Bestandteil sei. Die zwei Fälle, die abortierten, können nicht mit Sicherheit dagegen sprechen, da beide Patientinnen schon vorher, die eine zweimal, die andere dreimal abortiert hatten.

Weill (109) verteidigte in der Berliner gynäkologischen Gesellschaft seine Theorien über die Entwickelungsmechanik des Geschlechts. Der Kampf ums Dasein komme auch in dem Ringen der beiden Generationszellen um die Geschlechtsbestimmung zum Ausdruck. Jede Stärkung der Einen, bzw. Schwächung der Anderen bedeutet eine Änderung des Resultates zugunsten des einen oder anderen Geschlechts. Diese Beeinflussung kann auf viele Arten zustande kommen, am bequemsten ist sie mit Hilfe der Ernährung zu bewerkstelligen. Verf. will bei Ernährungsversuchen dann nachgewiesen haben, dass beide Teile nicht in gleicher Weise auf schädigende oder kräftigende Einflüsse reagieren. Während die weibliche Zelle, wenn sie einer plastischen eiweissreichen Ernährung ausgesetzt wird, an Kraft gewinnt, kann die männliche Zelle, deren Hauptstärke in der Bewegung liegt, durch eine plastische Vergrösserung ihres unscheinbaren Volums eher eine Verminderung ihrer Bewegungsenergie erfahren und dadurch in ein Stadium der Inferiorität versetzt werden.

Steuernagel (101) kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die normale Blase reagiert bei 250—350 ccm Füllung mit dem Gefühl von Harndrang. Bei 450—550 ccm Füllung tritt ein weiteres Einlaufen von Füll-

flüssigkeit bei 25 ccm Wasserdruckhöhe nicht ein, d. h. es ist zum Druckausgleich gekommen.

2. In den ersten fünf Monaten der Schwangerschaft bleiben Spannungsempfindlichkeit (Harndrang) und Druckausgleichsgrösse (Kapazität) unverändert. Vom sechsten Monat an steigt das Fassungsvermögen unter den oben angegebenen Bedingungen bis auf 800 ccm am Ende der Schwangerschaft. Die Spannungsempfindlichkeit bleibt dagegen bis zum neunten Monat die gleiche und steigt dann auf einen Füllungsgrad von 400—500 ccm an.

3. Intra partum bleiben die Werte die gleichen wie am Ende der Schwangerschaft.

4. Sofort post partum steigt das Fassungsvermögen der Blase auf 1500 bis 2500 ccm an, und die Spannungsempfindlichkeit tritt erst bei 800—1000 ccm ein.

5. In den ersten Tagen des Wochenbettes verändern sich beide Werte im gleichen Sinne noch um weitere 100—200 ccm, um dann ungefähr bis zum 10. Tage auf dieser Höhe zu bleiben. Alsdann tritt eine langsame Verminderung ein, so dass der Normalzustand etwa nach 4—6 Wochen erreicht ist.

Auf Grund histologischer Untersuchungen erklärt Wälsch (108) eine Erweiterung und Funktionssteigerung der Achselschweissdrüsen als eine regelmässige Begleiterscheinung der Schwangerschaft, hervorgerufen durch dieselben Hormone, die auch die Milchdrüse in Tätigkeit setzen.

Mareck (65) glaubt auf Grund grosser Zahlengruppen für alte Erstgebärende eine erschwerte und verzögerte Konzeption feststellen zu können.

Um die Frage zu entscheiden, ob das Becken während der Schwangerschaft und unter der Geburt Veränderungen erleidet, ob es ein starres Knochensystem bildet, oder ob eventuell und in welchem Masse es bei der Geburt dehnbar ist, hat Loeschke (63) an etwa 100 Becken von Leichen Untersuchungen angestellt. Dabei musste gleichzeitig die Frage, ob die Symphyse als Gelenk anzusehen ist, und wie die im Symphysenknorpel zu beobachtenden Spaltbildungen zu deuten sind, in Angriff genommen werden. Es ergaben sich folgende Resultate:

Traumatische Spaltbildungen in der Symphyse treten nur bei Weibern auf, die geboren haben, aber bei diesen regelmässig. Sie sind an keine anatomische Grenze gebunden und sind als Folge des Geburtstraumas aufzufassen.

Bei der Geburt wird die Symphyse erheblich gedehnt. Die Synchondrose spielt unter der Geburt die Rolle eines Gelenks.

Bei jeder Schwangerschaft findet unabhängig von diesem Dehnungszuwachs eine bleibende Vergrösserung des Beckens durch erneutes Knochenwachstum statt. Bei Mehrgebärenden wurde an der Symphyse ein Knochzuwachs von mehr als 2 cm beobachtet, der einem Flächenzuwachs der Beckeneingangsebene bis zu 15 qcm entsprechen würde. Da ein gleichzeitiges Wachstum an den articulationes sacroiliacae zu beobachten ist, so werden diese Werte noch bedeutend erhöht.

Das während der Schwangerschaft einsetzende Wachstum der Beckenknochen ist eine Teilerscheinung eines das ganze Knochensystem treffenden Wachstumsreizes und ist als eine Folge innersekretorischer Vorgänge (Ovarium Schilddrüse, Hypophyse) anzusehen.

Novak (74) und seine Mitarbeiter fanden in der Schwangerschaft die fixen Säuren des Blutes auf Kosten der Kohlensäure vermehrt. Es besteht also in der Schwangerschaft eine Azidosis, die in einer verminderten Kohlensäurespannung zum Ausdruck kommt.

Nach Hasselbach (37) ist während der Schwangerschaft der Sauerstoffverbrauch absolut genommen erhöht, pro Kilogramm Körpergewicht der Mutter und der Frucht aber ziemlich unverändert. Die alveoläre Kohlensäurespannung ist in der Schwangerschaft bedeutend erniedrigt, was von der stark erhöhten Erregbarkeit des Atemzentrums herrühren soll.

Herrmann und Neumann (40) untersuchten die Lipoide von Kindern, normalen Frauen und Graviden und fanden sie stark differierend in bezug auf die Menge von Cholesterinestern und Neutralfett. In der Gravidität besteht nicht nur eine Cholesterinesterämie, sondern auch eine Lipämie. Beim Neugeborenen sind beide Bestandteile verringert. Der Phosphatidgehalt ist in allen drei Blutarten nahezu der gleiche. Die Lipoidämie der Schwangeren verschwindet schnell im Wochenbett, und zwar geht die Ausscheidung der Lipoide in erster Linie durch die Milch vor sich.

Lamers (60) fand bei Schwangeren im allgemeinen einen höheren Kalziumgehalt des Blutes als bei Nichtschwangeren. Den höchsten Kalkgehalt wiesen Kreissende auf, von einer Kalkverarmung während des Stillens war nichts nachzuweisen.

Nach Kolde (55) erfährt die Hypophyse in der Schwangerschaft eine Vergrösserung und zwar durch Zunahme der Hauptzellen, welche auch insofern eine Veränderung zeigen, als ihr Protoplasma deutlicher darstellbar wird (Schwangerschaftszellen). Nach der Kastration findet ebenfalls eine Vergrösserung des Organs statt, und zwar durch Vermehrung der eosinophilen Zellen. Kolde folgert aus diesen bei Kaninchen, Meerschweinchen und auch beim Menschen erhobenen Befunden, dass zwischen den Geschlechtsorganen und der Hypophyse insofern eine Korrelation besteht, als die Schwangerschaft eine Vermehrung der Hauptzellen, der Ausfall der Ovarialtätigkeit eine Vermehrung der eosinophilen Zellen zur Folge hat.

Roulot-Lapointe und Thomas (80) untersuchten mit den Mitteln der modernen Röntgentechnik die Lage und Gestaltsveränderungen, die die inneren Organe im Verlaufe der Gravidität erfahren. Die Arbeit enthält zahlreiche, sehr instruktive Skizzen und führt die Autoren zu folgenden Schlusssätzen:

Am Thorax bemerkt man eine Verbreiterung der Basis und ein Ansteigen des Zwerchfelles. Dieser Zwerchfellhochstand bewirkt eine Verlagerung der Herzspitze nach oben. (Imponiert für die Perkussion als Verbreiterung des Organs).

Im Abdomen tritt der Uterus erst im 3. Monat radioskopisch in Erscheinung. Am Ende des 5. Monats tritt der Uterus in Kontakt mit der tiefsten Stelle der grossen Kurvatur. Am Ende des 8. Monats erreicht der Uterus seinen höchsten Stand. Am 12. Tag p. p. ist er auf dem Röntgenschirm nicht mehr zu sehen. Die Därme erfahren bis zum 5. Monat keine wesentliche Veränderung. Dann steigt das Cökum etwas in die Höhe und plattet sich ab. Am Ende des 8. Monats steht es mit seinem tiefsten Punkt über der Verbindungslinie der beiden Cristae. Das Colon transversum sinkt nach der Entbindung bis zur Gegend der Symphyse nach unten und nimmt erst zwei Monate später seine frühere Lage wieder ein. Der Magen rückt im 6. Monat in die Höhe und an die Hinterseite des Uterus. Im 8. Monat wird die Magenwand durch den Fundus halbkugelförmig eingedrückt. Nach der Geburt erscheint der Magen stark in die Länge gezogen und fast vollkommen vertikal gestellt, so dass der tiefste Punkt der grossen Kurvatur bis ins grosse Becken hineinreicht.

Für die Praxis schliessen die Verff. aus ihren Untersuchungen, dass man Frauen nach der Entbindung zur Verhinderung von Ptosen mindestens zwei Monate lang Binden oder Bandagen tragen lassen soll.

Schickele (86) bestimmte bei Kaninchen den Fettgehalt der Leber am Ende der Gravidität, während und bald nach der Geburt (Petrolätherextraktion). Einmal konnte er auch den Fettgehalt der Leber am Menschen bei einer unter der Geburt an Verblutung verstorbenen Frau untersuchen. Verf. konnte weder chemisch noch morphologisch eine Fettanhäufung in der Leber schwangerer Individuen nachweisen. Bei der Eklampsie ist der Fettgehalt der Leber eher vermindert als vermehrt. Ebensowenig kann nach Ansicht des Verf. eine geringe Erhöhung des Ammoniakstickstoffs oder eine geringe Abnahme des Harnstickstoffs auf eine Leberinsuffizienz zurückgeführt werden. Dasselbe gilt auch für andere vom Verf. auf-

geführte Stoffe. Seines Erachtens liegt nicht die geringste Berechtigung für die Annahme einer Schädigung der Leber während der Schwangerschaft und einer Insuffizienz bei der Eklampsie vor.

Auch Heynemann (42) kommt auf Grund chemischer Untersuchungen zu dem Ergebnis, dass wir nicht von einer Schwangerschaftsleber in dem Sinne sprechen dürfen, dass durch die Schwangerschaft als solche mehr oder weniger regelmässig ein schädigender Einfluss auf die sonst gesunde Leber ausgeübt wird. Seine Befunde decken sich mit den Untersuchungen Landsbergs (62), der im Stoffwechselversuch bei Schwangeren den Stickstoff-, Schwefel- und Phosphorhaushalt bestimmte, und Störungen, die für eine Funktionsschwäche der Leber sprächen, nicht feststellen konnte.

Bergesma (8) prüfte die Funktionsfähigkeit der Leber in der Schwangerschaft durch Untersuchung des Blutzuckergehaltes vor und nach Einnahme von Glykose. Er fand dabei den Zuckerstoffwechsel in der normalen Schwangerschaft nicht gestört, und schliesst, dass eine verminderte Leberfunktion in der Schwangerschaft nicht anzunehmen und der Begriff der Schwangerschaftsleber in diesem Sinne nicht anzuerkennen sei. Die häufige Glykosurie in der Schwangerschaft will er auf eine Hyperfunktion der Nierenepithelien zurückführen.

Damit überein stimmen die Befunde von Novak, Porges und Strisower (72). Sie fanden in fünf Fällen von Schwangerschaftsdiabetes eine völlige Unabhängigkeit der Zuckerausscheidung von der Quantität und Qualität der Nahrungszufuhr, und nehmen deshalb ebenfalls eine abnorme Durchgängigkeit der Niere (Nierendiabetes) an.

Schirokauer (94) prüfte ebenfalls den Zuckerstoffwechsel Schwangerer. Er bestimmte den Blutzuckergehalt, speziell nach alimentärer Beeinflussung. In keinem seiner sechs Fälle fand sich eine Zuckeranreicherung des Blutes. Dagegen zeigten alle Frauen eine geringe Zuckerausscheidung durch den Harn. Verf. glaubt jedoch das Ausbleiben der Hyperglykämie dadurch erklären zu können, dass zur Zeit der Blutentnahme der Zuckergehalt infolge der Ausscheidung durch die Niere schon wieder zur Norm abgesunken war. Da trächtige Kaninchen eine erhebliche Glykämie aufwiesen und in der Leber eine Vermehrung der Diastase gefunden wurde, so hält Schirokauer trotz der negativen Befunde beim Menschen es im Gegensatz zu den vorher erwähnten Autoren für erwiesen, dass der Zuckerstoffwechsel in der Gravidität infolge erhöhter Inanspruchnahme eine Schwächung erleidet.

Aussergewöhnlich sorgfältige Blutuntersuchungen bringt Doi (18). Er findet die Erythrozytenzahl bei Schwangeren und Kreissenden etwas geringer als bei Nichtschwangeren. Die Leukozytenzahl ist bei Schwangeren, besonders bei Erstgeschwängerten, deutlich vermehrt, und zwar am stärksten bei solchen mit Zeichen mangelhafter Anlage. Bei der Geburt vermehren sich die Leukozyten mit Fortschritt des Geburtsaktes. Innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Geburt verringert sich die Zahl um die Hälfte und erreicht am fünften Wochenbettstage normale Werte. Die Vermehrung der Leukozyten beruht allein auf einer Zunahme der neutrophilen Zellen. Das neutrophile Blutbild verschiebt sich bei Schwangeren nach links, stärker bei Kreissenden und noch stärker bei Schwangerschaftsniere und bei Eklampsie. Es dreht sich zurück im Wochenbett, insbesondere mit dem Aufhören der Albuminurie. Die Blutblättchen vermehren sich entsprechend der Leukozytenzahl. Bei Schwangeren und Kreissenden sieht man nicht selten kernhaltige rote Blutkörperchen, Mikrozyten und Makrozyten. Diese verschwinden im Wochenbett. Solche Veränderungen der Erytrozyten finden sich bei Schwangerschaftsniere noch häufiger, stets und sehr stark aber bei Eklampsie.

Adachi (1a) hat Zählungen beider Blutkörperchenarten und Bestimmungen des Hämoglobingehaltes bei Schwangeren und Gebärenden vorgenommen und sich dabei besonders bemüht, die möglichen Fehlerquellen auszuschalten und zu berück-

sichtigen. Von den Zählmethoden hält er die Bürgersche für die zuverlässigste. Er kommt zu dem Resultat, dass bei gesunden Schwangeren im letzten Monat der Hämometerwert und die beiden Blutkörperchenzahlen keine besonderen Abweichungen von der Norm zeigen.

Ahlfeld (2) erklärt entgegen der früher von ihm vertretenen Auffassung, dass dem Alter der Mutter ein Einfluss auf das Geschlecht des Kindes nicht zukomme, dass man insbesondere von einem Knabenüberschuss bei alten Erstgebärenden nicht reden könne.

Morse (67) hat Blutblättchenzählungen vorgenommen und bei manchen Frauen, nicht bei allen, eine Vermehrung während der Menstruation gefunden. Die Zahl der Blättchen bei Erstgeschwängerten hält sich an der oberen Grenze der Norm oder darüber, während Mehrgebärende keinen Anstieg der Zahl aufzuweisen haben. Während der Geburt und in den ersten Tagen des Wochenbettes ist die Zahl der Blättchen unverändert. Am Ende der ersten Wochenbettswoche erfolgt ein Anstieg, der unabhängig von der Laktation zu sein scheint. Bei Eklampsie und präeklamptischen Zuständen ist das Verhalten wechselnd. Nach starken Blutverlusten erfolgt ein Anstieg, der spät im Puerperium seinen Höhepunkt erreicht. Kurze, unkomplizierte Operationen beeinflussen die Zahl der Blättchen ebensowenig wie die Anwendung von Skopolaminmorphium. Die Zahl der Blättchen beim Neugeborenen schwankt in grossen Zwischenräumen. Gegen Ende der ersten Lebenswoche stellen sie sich auf eine gleichmässigere Normalzahl von 350000—450000 ein. Beim Icterus neonatorum ist ihre Zahl vermehrt.

Ebeler (20) findet auf Grund von Untersuchungen mit der Bürkerschen Methode in den letzten Schwangerschafsmonaten regelmässig eine Verkürzung der Blutgerinnungszeit, die während des Geburtsaktes fortbesteht, im Wochenbett allmählich einer Verlängerung Platz macht und gegen Ende der zweiten Woche zur Norm zurückkehrt. In den ersten sechs Monaten zeigt das Blut normale Gerinnungsfähigkeit.

Hertwig (41) behandelt folgende Themata: Die Lehre von den geschlechtsbestimmenden Chromosomen. — Experimentelle und biologische Untersuchungen über die Geschlechtsbestimmung bei Phytophthiren, Daphniden, Rotatorien und Hymenopteren. — Die Protozoen und das Sexualitätsproblem. — Über willkürliche Geschlechtsbestimmung. — Über Geschlechtsbestimmung bei Pflanzen. Bei Besprechung des ersten Themas wird darauf hingewiesen, dass man zweierlei Spermatozoen zu erwarten hat, von denen die einen das männliche, die anderen das weibliche Geschlecht erzeugen. Der Verf. glaubt schliesslich, dass eine willkürliche Geschlechtsbestimmung sich wird ermöglichen lassen.

Inouye (49) berechnet aus 1069 Fällen eine durchschnittliche Schwangerschaftsdauer von 269,83 Tagen. Je grösser die Körperlänge des Kindes, desto länger die Schwangerschaftsdauer. Mit der Zahl der Lebensjahre der Mutter steigt die Dauer der Schwangerschaft nicht. An acht Fällen zeigt Verf., dass die gesetzlich angenommene Empfängniszeit von 181—302 Tagen nach oben hin zu eng bemessen ist.

Die Versuche Kahns (52), der am Kaninchenuterus und nach der Gefässstreifenmethode arbeitet, lassen die bekannten Zweifel an der Eindeutigkeit der sog. biologischen Methoden des Adrenalinnachweises im Serum, wie sie vielfach für Schwangerschaftsbefund (siehe Jahresbericht 1911) herangezogen worden sind, berechtigt erscheinen.

Perazzi (75) fand bei Schwangeren und Wöchnerinnen beständig eine akalische Speichelreaktion, amylolytisches Vermögen von schwankendem Werte selbst bei ein und demselben Individuum, wie dies auch in normalen Verhältnissen der Fall ist. Diese amylolytische Wirkung scheint in den ersten Monaten der Schwangerschaft etwas vermindert. In einem Falle von perniziösem Speichelfluss (bis zu 500 ccm Speichel innerhalb 24 Stunden) und Erbrechen, in welchem die Schwangerschaft

unterbrochen werden musste, wurde der Speichel bezüglich der Dichtigkeit, der Reaktion, der Anwesenheit der gewöhnlichen chemischen Bestandteile nicht von dem normalen verschieden gefunden. Die Asche war, wie man in allen Fällen von gesteigerter und übereilter Speichelsekretion fand, vermehrt, während die Salze und das amylolytische Ferment eine Verminderung im Verhältnis zur Verdünnung des Speichels aufwiesen. (Artom di Sant' Agnese.)

In 9 Fällen, in welchen von den ersten Monaten an und während der ganzen Schwangerschaft die Temperatur beobachtet wurde, bemerkte Guicciardi (35) stets eine Temperatursteigerung in den ersten Monaten der Schwangerschaft. Die Tatsache wird besonders durch zwei Fälle bewiesen, in denen eine kontinuierliche Temperaturkurve während der nicht schwangeren Periode und der Schwangerschaft vorhanden ist. In der zweiten Hälfte der Schwangerschaft kehrt die Temperatur zur Norm zurück, in einigen Fällen auch unter die Norm. Verf. schreibt dieser Tatsache keinen diagnostischen Wert zu, doch meint er, dass dies eine neue Stütze der Theorie der Schwangerschaftstoxikosen sei. (Artom di Sant' Agnese.)

Nach Gaifami (30) kann die von Neumann und Herrmann vorgeschlagene Reaktion (Behandlung mit Wasser, Salzsäure-Alkohol, Salzsäure, Schwefelsäure 10 % Alkoholextrakte von defibriniertem Blute) uns gut das fötale Blut von dem mütterlichen unterscheiden, selbst wenn sie an trockenem Blute vorgenommen wird.

Diese Reaktion kann auch, wenigstens in einer grossen Anzahl von Fällen, das Blut einer in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft sich befindenden Frau von dem einer gesunden nicht schwangeren unterscheiden; es gibt jedoch zahlreiche Fälle, die zur Zeit der Reaktion den praktischen Wert nehmen. Einige dieser Ausnahmen scheinen zufällige zu sein, verbunden mit individuellen schwer zu erklärenden Differenzen, andere hingegen lassen sich auf besondere physiologische oder pathologische Zustände (Menses, bösartige Tumoren) zurückführen.

Die ursprünglich von Neumann und Herrmann vorgeschlagenen Reaktionen lassen sich auch an alkoholischen Extrakten des Blutserums ausführen und wird es ratsam sein, hier eine Verdünnung von 5 % anzuwenden, damit die Unterschiede zwischen dem einen und dem andern Blute um so deutlicher auftreten. Neben den von Neumann und Herrmann vorgeschlagenen Reaktionssubstanzen können zahlreiche andere angewandt werden. Zu empfehlen ist besonders auch Salzsäure-Alkohol zu 30—40 % in Alcohol absol. Die in dieser Weise fällbaren Substanzen in den Alkoholextrakten vom Blute werden zum grossen Teile auf die Lipoide bezogen. Ähnliche differentielle Resultate, wie jene, die durch Alkoholextrakte erzielt werden, erhält man durch Behandlung der Azetonextrakte des Blutes mit denselben Reagentien. Die so erhaltenen Reaktionen sind ebenso und vielleicht noch deutlicher als jene, die man mit Alkoholextrakten erzielt, so dass letzteres Verfahren empfehlenswerter wäre, als das ursprüngliche, auch als das, welches uns die Möglichkeit bietet, eine geringere Unreinlichkeit der Extrakte zu erzielen.

(Artom di Sant' Agnese.)

Acconci (1) wandte zum Studium des Reticulum intern. der Nervenzellen die neue Methode Golgi (1908) an. Seine Forschungen zusammenfassend kommt er zu folgenden Schlusssätzen:

I. In den epithelialen Deckzellen der normalen menschlichen Gebärmutterschleimhaut, sowie in den Drüsenzellen, ist ein im distalen Teile der Zelle gelegenes Netzwerk nachweisbar, während dasselbe in den mit Schleim angefüllten Drüsenzellen fehlt.

II. Ebenfalls besteht ein rudimentäres Netzwerk in den glatten Muskelfasern.

III. In den Schwangerschaftsdrüsen erleidet der Netzapparat zuerst einen hypertrophischen und dann einen Degenerationsprozess (Retraktion, Fragmentierung, Atrophie der Fasern).

IV. In den normalen Decidualzellen befindet sich ein grosser Netzapparat, welcher den Kern ganz oder zum Teile einschliesst.

V. In den verschiedenen Degenerationsformen, denen die Deciduazellen entgegengehen, zeigen sich entsprechende Veränderungen des Netzapparates, der sich zusammenzieht, sich verfeinert, sich fragmentiert.

VI. In den Zellen des Trophoblastes kann ein innerer Netzapparat nachgewiesen werden, welcher einen der Kernpole umfasst; ein etwas feineres Netz bemerkt man in den Langhansschen Zellen.; dasselbe ist nicht mehr nachweisbar, wenn diese Elemente sich in kariokinetischer Tätigkeit befinden.

VII. Im Syncitium der Zottenbekleidung, wie auch in den Knospen wurden durch Silberimprägnation vier Typen von Bildern erzielt: im ersten handelt es sich um Körnchen von verschiedener Grösse, im Protoplasma zerstreut; im zweiten um Stäbchen, ebenfalls fast gleichmässig im ganzen Protoplasma zerstreut; diese beiden Formen sind höchstwahrscheinlich mitochondriale Formen (Condro conti Meves).

Im dritten Typus sind wahre Netzgebilde mit jedem Kerne oder Kerngruppe vereinigt, und diese Formen sind es, die am meisten den Golgischen Netzen nähern.

Im vierten handelt es sich um mehr komplexe und ausgedehntere, reichlich verzweigte Gebilde, welche ganze Kerngruppen umfassen.

VIII. In den Gerüstzellen finden sich zwei verschiedene Typen von Netzen, einer knäuelförmig in den spindelförmigen Elementen, sowie in den sternförmigen, ein kleinerer, fast knopfförmig, in den vakuolären Zellen.

IX. Im äusseren Teile des Syncitiums ist ein deutlicher Bürstenrand wahrzunehmen, der bald aus Wimpern besteht, die durch eine homogene, lichtbrechende Substanz verbunden werden, bald aus vollständig freien Wimpern; unter dieser Hautschicht nimmt das Protoplasma gewöhnlich auf einer gewisse Höhe ein stark lakunäres Aussehen an. (Artom di Sant' Agnese.)

Shewachow (98) weist nach, dass keine von den anatomischen Methoden imstande ist, die Frage zu lösen, ob in der Schwangerschaft Hypertrophie oder Dilatation des Herzens oder beide Prozesse gleichzeitig bestehen. Weder die Perkussion noch andere klinische Methoden ergeben genaue Resultate. Aus diesem Grunde wandte sich Verf. der Röntgenographie zu und kam auf Grund seiner Erfahrungen an 60 Fällen zu folgenden Schlüssen: Alle Methoden, welche auf dem Vergleich der Grösse des Herzens mit einer gewissen „Norm" fussen, können nur stark ausgeprägte Veränderungen konstatieren. Geringe Veränderungen der Grösse des Herzens können nur dann gefunden werden, wenn sie dasselbe Individuum betreffen, weshalb nur der Weg klinischer Beobachtung brauchbar ist. Die bedeutende Beweglichkeit des Herzens erfordert, dass alle Grössenbestimmungen unter gleichen Bedingungen vorgenommen werden (gleiche Lagerung der Pat., gleiche Füllung des Magens, gleiche Phase der Atmung); widrigenfalls kann eine Veränderung der Lage des Herzens seine Grössenalteration simulieren, deswegen kann das Herz einer Hochschwangeren mit ihrem Herzen im Wochenbett nicht verglichen werden. Die beste klinische Methode zur Grössenbestimmung des Herzens ist die Röntgenuntersuchung. Die Teleröntgenographie ist der Orthodiagraphie vorzuziehen, weil letztere Ungenauigkeiten zulässt. Bei der Grössenbestimmung des Herzens in der Schwangerschaft muss die Frage entschieden werden, ob das Herz dilatiert oder hypertrophiert ist. Die Frage der Vergrösserung des Herzens, speziell die der Dilatation, kann wohl klinisch beantwortet werden, während die wenig ausgeprägte Hypertrophie nur mikroskopisch zu beweisen wäre. Nach den Untersuchungen Shewachows verändert sich die Grösse des Herzens während der Schwangerschaft nicht. Damit wird selbstredend auch jegliche Dilatation in Abrede gestellt, während minimale Hypertrophie nicht von der Hand zu weisen ist. Das ist Sache des Mikroskops. (H. Jentter.)

b) Diagnostik und Diätetik.

1. *Abderhalden, Spezifität der Schutzfermente. Münchn. med. Wochenschr. 1913. p. 462.

2. Abderhalden, E., und M. Kiutsi, Biologische Untersuchungen über Schwangerschaft. Hoppe-Seilers Zeitschr. f. physiol. Chemie. Bd. 77. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1554.
3. Abderhalden, A., Weitere Beiträge zur biologischen Feststellung der Schwangerschaft. Zeitschr. f. physik. Chemie. Bd. 81. p. 90.
4. *Abderhalden, E., Diagnose der Schwangerschaft mit Hilfe der optischen Methode und des Dialysierverfahrens. Münchn. med. Wochenschr. p. 1306.
5. *— Weiterer Beitrag zur Diagnose der Schwangerschaft mittelst der optischen Methode und dem Dialysierverfahren. Münchn. med. Wochenschr. p. 1939.
6. — Nachtrag zu „Weiterer Beitrag zur Diagnose der Schwangerschaft mittelst der optischen Methode und dem Dialysierverfahren". Münchn. med. Wochenschr. p. 2127.
7. Anufriew, Der diagnostische Wert des Hegarschen Zeichens in den ersten Monaten der Schwangerschaft. Russki Wratsch. Nr. 8. (Schlusssätze: In den ersten drei Monaten der Schwangerschaft besteht fast in allen Fällen eine Auflockerung und Kompressibilität des unteren Abschnittes des Uteruskörpers; jedoch eine Kompressibilität bis zu einigen Millimetern wird nur in der Hälfte aller Fälle beobachtet. Dauernde und energische Bestimmung dieses Zeichens, besonders durch Studierende, kann zu Abort führen. Bei Vorhandensein anderer Schwangerschaftszeichen in den ersten 4—8 Wochen ist die Bestimmung des Hegarschen Zeichens überflüssig. Besonders sei das gesagt bei Neigung zu Abort, bei leicht reizbarem Uterus und Nervensystem. Das Hegarsche Zeichen ist nur ein wahrscheinliches, aber durchaus kein sicheres oder pathognomonisches Zeichen, weil es beobachtet wird auch bei interstitiell-submukösen und teleangiektatischen Myomen, bei Hämato- und Hydrometra. Deshalb darf aus dem Hegarschen Zeichen allein nie Schwangerschaft diagnostiziert werden. In allerlei zweifelhaften Fällen ist es zweckmässig abzuwarten, um durch wiederholte Untersuchung der Antwort näher zu kommen. Diagnostischen Wert hat das Hegarsche Zeichen bei einer nicht grossen Zahl von Fällen; seine Rolle ist eine untergeordnete; bei drohendem Abort ist seine Bestimmung direkt schädlich.)
(H. Jentter.)
8. *Balard, Anatomisch-klinische Studien über die Auskultation des kindlichen Herzens am Ende der Schwangerschaft und während der Geburt. Inaug.-Diss. Lyon. 1912.
9. Benthin, W., Die Wirkung des Hypophysenextraktes zur Differentialdiagnose zwischen Schwangerschaft und Geburt. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. 1.
10. Beucamp, Ratgeber für junge Frauen und Mütter. Bonn 1912, Hauptmann.
11. Bonnet-Laborderie, M. A., Radiographie de jumeaux in utero chez la femme vivante. Sitzungsber. d. Réunion obst. de Lille. Ref. La Gynec. p. 434. (Nachweis einer zweifelhaften Zwillingsschwangerschaft im Röntgenbild.)
12. Bornstein, A., Die Behandlung der Zähne während der Schwangerschaft. Frauenarzt. Nr. 4.
12a. *Esch, P., und F. Schröder, Bakteriologische Untersuchungen über die Wirkung von Vaginalspülungen bei graviden Frauen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. 1.
13. Eymer, H., Zur geburtshilflichen Röntgendiagnose. Zentralbl. f. Gyn. p. 1358.
14. Fehling, H., Ehe und Vererbung. Stuttgart, Enke 1913.
15. Frank, E., und F. Heimann, Die biologische Schwangerschaftsdiagnose nach Abderhalden und ihre klinische Bedeutung. Berl. klin. Wochenschr. p. 1706.
16. *Franz, R., und A. Jarisch, Beiträge zur Kenntnis der serologischen Schwangerschaftsdiagnostik. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 39. p. 1441.
17. *Graff, E. v., und J. v. Zubrzycki, Über den Antitrypsingehalt des Blutes bei Schwangerschaft und bei Karzinom. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. 2.
18. *— — Die Kobragiftpferdebluthämolyse in der Schwangerschaft und bei Karzinom. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 11.
19. *Guggisberg, Die Bedeutung des Antitrypsins und Trypsins für Geburtshilfe und Gynäkologie. Schweizer Rundschau f. Med. 1911. Nr. 35.
20. *Heuser, Über Altersbestimmung des Fötus auf graphische Methode. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. 2.
21. — Über Altersbestimmungen des Fötus nach graphischer Methode. Inaug.-Diss. Marburg.
22. Julchiero, A., Über Meiostagminreaktion und Schwangerschaft. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 43.
22a. Katzenbogen, Über die prognostische und diagnostische Bedeutung der Antitryp-

sinbestimmung im Blutserum. Inaug-Diss. Kiel 1911. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gynäk.
23. Key, A., Über die berechnete Dauer der menschlichen Schwangerschaft und die Bedeutung dieser Frage für den Vaterschaftsbeweis vor Gericht. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öffentl. Gesundheitswesen. Nr. 4.
24. Le Maire, M., Bór fódende og svangre bruge Karbad? (Sollen Gebärende und Schwangere Wannenbad nehmen?) Ugeskrift for Laeger. Nr. 17. p. 660—665. (O. Horn.)
25. Mc Lean, Angus, and P. M. Hickey, X-Ray diagnosis of pregnancy. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. p. 751. (Kasuistische Mitteilung. Fall, bei dem die Diagnose zwischen Myom und Gravidität schwankte und das Röntgogramm eine Schwangerschaft kurz ante terminum ergab.)
26. *Lorier, Das Zeichen „Arnoux" bei Zwillingsschwangerschaft. Revue mens. de gyn., d'obst, et de péd. 1911. Oct.
27. Magniaux, M., Einfluss der Ruhe schwangerer Frauen auf das Gewicht der Neugeborenen. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Tome 7. 2. (Gesunde Mütter können unbeschadet der Entwickelung des Kindes bis zum Ende der Gravidität ihrer Arbeit nachgehen.)
28. *O'Donnel, Patrik S., X-Ray findings in the differential diagnosis of early and late Pregnancies. With discussions by Drs. J. B. Murphy and J. B. De Lee. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. p. 748.
29. *Petri, Th., Über einen Versuch der intrauterinen Geschlechtsbestimmung. Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 7. Juli. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1229.
30. — Über einen Versuch der intrauterinen Geschlechtsbestimmung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. 1.
31. Polano, Demonstration zur biologischen Schwangerschaftsdiagnose nach Abderhalden. Sitzgunsber. Med. Ges. Würzburg. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1913. p. 443.
32. Quintella, Sérodiagnostic de la grossesse. Annales de gyn. et d'obst. Juillet. p. 418.
32a. Quintella, Arnaldo, Serodiagnose der Schwangerschaft. Ref. Berl. klin. Wochenschr. S. 805. 1912.
33. Sabail, Du rôle des eaux de St. Sauveur dans la cure de la stérilité. La Gyn. Nr. 7 u. 8.
34. *Schendrowitch, D., Experimentelle Untersuchungen über den Antitrypsingehalt im Blute Schwangerer, Kreissender und Wöchnerinnen. Inaug.-Diss. Bern 1911.
35. Schumann, A. E., Die Sorge für die schwangere Frau vom Standpunkt der Erhaltung der Kinder. Monthly cyclopaedia and med. bull. Nov. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 670.
36. Stratz, C. H., Über Schwangerschaftsstreifen. Zentralbl. f. Gyn. p. 431.
37. *Veit, J., Bewertung und Verwertung der Serodiagnostik der Schwangerschaft. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. 2.

Die Diagnose der Schwangerschaft der späteren Monate erfährt weitere Bereicherungen durch die verbesserte Röntgentechnik, während für die früheren Monate die serologischen Methoden wichtige Neuerungen und Fortschritte bringen. Die praktische Bedeutung der Antitrypsinmethode begegnet vielfach starken Zweifeln, dagegen scheinen die Untersuchungen nach den Methoden Abderhaldens (1) berufen theoretisch und praktisch eine grosse Rolle zu spielen, und sie werden besonders im nächsten Jahr eine Hochflut von Literatur zeitigen. Die Grundlagen der Abderhaldenschen Technik sind kurz folgende (4):

Nach Untersuchungen von Schmorl, Weichard und Veit war es bekannt, dass während der Schwangerschaft im Blute Chorionzottenbestandteile kreisen, und es erhob sich die Frage, ob der Organismus diese unzweifelhaft blutfremden Bestandteile nicht in Analogie zu anderen Abwehrprozessen im Blute unter Bildung von Fermenten durch Abbau denaturiert und die entstehenden Abbauprodukte wieder verwertet. Es konnte in der Tat festgestellt werden, dass das Blutserum von Schwangeren Plazentarpepton spaltet, während Blutserum von Nichtschwangeren unwirksam war. Dadurch ist eine Methode gegeben, um die Schwangerschaft zu erkennen. Man untersucht, ob das Blutserum der betreffenden Frau Pepton abbaut

oder nicht, was sich durch Verfolgung des optischen Drehungsvermögens der Peptonlösung ergibt. Statt der optischen Methode kann auch ein Dialysierverfahren angewandt werden. Man bringt gekochte und abgespülte Plazentastückchen in kleine Dialysierschläuche und fügt Serum zu. Ist im Dialysat nach einiger Zeit die Biuretprobe positiv, so hat Spaltung stattgefunden und Schwangerschaft ist anzunehmen.

Die Frage, ob diese serologische Diagnose der Schwangerschaft eine streng spezifische ist, glaubt Abderhalden (5 u. 6) nach den bisher vorliegenden Erfahrungen bejahen zu können. Eindeutige Resultate sind aber nur bei peinlichster Innehaltung der Untersuchungsvorschriften zu erwarten.

Nach Veit (37) liegt die Bedeutung der Abderhaldenschen Reaktion darin, dass man mit ihrer Hilfe mit einer an Gewissheit grenzenden Wahrscheinlichkeit das Vorhandensein eines Schwangerschaftsproduktes im Uterus sogar während der ersten fünf Monate nachweisen kann, sowie darin, dass man beim Vorhandensein eines Adnextumors bestimmt sagen kann, ob es sich um das Produkt einer Entzündung oder einer Extrauteringravidität handelt.

Franz und Jarisch (16) arbeiteten gleichzeitig mit der Rosenthalschen Trypsinmethode und dem Abderhaldenschen Dialysierverfahren. Nach ihren Befunden ist die Erhöhung des antitryptischen Serumtiters ein konstantes Symptom der Schwangerschaft und gestattet ihre Diagnose unter der Voraussetzung, dass Fieber, eine Erkrankung an einem malignen Tumor, Nephritis und gewisse Erkrankungen des Genitalapparates, insbesondere entzündlicher Natur nicht vorhanden sind. Auch mit dem Dialysierverfahren gelinge es unter peinlichster Beachtung aller Kautelen, eine bestehende Schwangerschaft nachzuweisen. Für praktische Zwecke wollen die Autoren daneben zur Sicherung der Diagnose die Rosenthalsche Methode der Bestimmung des antitryptischen Serumtiters nicht missen.

Auch Guggisberg (19) und Schendrovitsch (34) halten eine Verwertung der Antitrypsinmethode zur Differentialdiagnose für ausgeschlossen. Sie fanden, dass der Antitrypsintiter vom 3. Monat der Schwangerschaft an ansteigt, sein Maximum nach der Mitte erreicht. Sie fanden beträchtliche Steigerungen in gleicher Weise beim Karzinom, bei Myomen und bei Ovarialtumoren. Guggisberg erklärt das Antitrypsin für einen wahren Antikörper. Seine Quellen sind die Reaktion gegen die Trypsinbildung im Pankreas, in den Leukozyten, im befruchteten Ei und im Karzinomgewebe.

Nach Graff und Zubrzycki (17) ist eine Erhöhung des antitryptischen Index bei Schwangeren schon frühzeitig vorhanden, es ist aber nicht möglich, aus dieser Erhöhung eine Frühdiagnose der Schwangerschaft zu stellen, da alle akut entzündlichen, mit Temperatursteigerung einhergehenden Genitalerkrankungen einen erhöhten Antitrypsingehalt aufweisen.

v. Graff und v. Zubrzycki (18). Auf Grund der Kobragiftpferdebluthämolyse ist eine Schwangerschaft erst vom 4. Monat an mit Sicherheit zu diagnostizieren.

Petris (29) Versuchen über die intrauterine Geschlechtsbestimmung lag die Annahme zugrunde, dass die embryonalen Testikel Stoffe absondern, die im Blute einer mit männlicher Frucht Schwangeren serologisch nachweisbar sein müssten. Das Resultat war ein negatives.

Heuser (20) verwendet zur Altersbestimmung der Frucht die äusseren Masse und erzielt dabei besonders bei älteren Embryonen genaue Resultate. Er misst dabei die Gesamtlänge, das Gewicht, Kopf- und Brustumfang, Kopf- und Steiss-Nabelhöhe, Bein- und Fusssohlenlänge. Die gefundenen Masse werden durch Kurven graphisch dargestellt und verglichen mit der Dauer der Schwangerschaft, die von dem ersten Tage der letzten Menstruation an gerechnet wurde. Vergleiche, die unter den gefundenen Mittelwerten angestellt werden, demonstrieren klar das verschiedene Wachstum der Extremitäten in den einzelnen Schwangerschaftsmonaten.

Lorier (26) empfiehlt zur Sicherung der Zwillingsdiagnose das Arnouxsche Zeichen: Da die Herzen beider Föten ziemlich nahe beieinander liegen, wird man ihre Töne von einem mittleren Punkte aus ziemlich gleich gut hören. Da ihre Schlagfolge nicht dieselbe ist, werden sie an dieser Stelle nicht als Doppelton, sondern als ein vierfacher Ton imponieren.

Balard (8) folgert aus dem Studium gefrorener Schnitte von Föten und aus zahlreichen klinischen Untersuchungen, dass die klassischen Angaben der geburtshilflichen Auskultation richtig sind. Die Schulter stimmt nach seiner Ansicht nicht mit dem Ort der lautesten Herztöne überein.

Im Anschluss an die Veröffentlichung aussergewöhnlich schöner Röntgogramme von Föten in utero durch O'Donnel (28) bespricht De Lee die Bedeutung der Röntgenogramme für die Geburtshilfe. Unter anderem schlägt er vor, das Röntgenbild heranzuziehen zur Zwillingsdiagnose, zur Differentialdiagnose bei Verdacht auf Blasenmole, und um festzustellen, dass das Kind „well formed" sei, ehe man sich zu einem Kaiserschnitt entschliesst.

Esch und Schröder (12a) konnten eine Verminderung der endogenen Vaginalkeime Gravider durch Spülungen feststellen. Sie glauben auf Grund der Versuche zu Vaginalduschen zu Beginn der Geburt und vor inneren Untersuchungen und operativen Eingriffen raten zu sollen. Bei protrahierten Geburten empfehle sich eine alle 10 Stunden zu wiederholende Ausspülung. Als Spülflüssigkeit ist Kochsalz- oder Kresolseifenlösung zu verwenden.

V.

Physiologie des Wochenbettes.

Referent: Privatdozent Dr. A. Hamm, Strassburg.

1. Physiologie und Diätetik der Wöchnerin.

1. *Adler, L., Versuche mit „Mamminum Poehl" betreffend die Funktion der Brustdrüse als innerlich sezernierendes Organ. Münchn. med. Wochenschr. p. 13.
2. Ausset, M. E., L'emploi des laits condensés chez le nourrisson. Bull. de la Soc. de Pédiatrie. Tome 14. p. 264. (Warnung vor Verabreichung kondensierter Milch).
2a. Baculo, B., Sul valore dell' alimento (sostanze proteiche) nel migliorare l' allattamento. (Über den Wert der Nahrung [Proteinstoffe] zur Besserung des Stillens.) Arte Ostetr. Milano. Anno XXVI. p. 121—141.
2b. Balocchi, C., e G. Guidi, Sul valore del Plasmon nella alimentazione delle nutrici. (Über den Wert des Plasmon in der Ernährung der Ammen.) Arte Ostetr. Milano. Anno XXVI. p. 294—314.
3. *Basch, K., Über Ammenwahl und Ammenwechsel (vom Standpunkt einer Physiologie und Pathologie des Milchapparates). Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Bd. 4. p. 293.
4. *— Plazenta, Fötus und Ovarium in ihrer Beziehung zur experimentellen Milchauslösung. Arch. f. Gyn. Bd. 96. p. 204.
4a. Batini, E., Sulla rigenerazione della mucosa dell' utero dopo il parto. (Über die Regeneration der Uterusschleimhaut nach der Geburt.) Pisa. Tipogr. Nistri.
5. Benfey, A., Zur Ernährung Neugeborener mit Eiweissmilch. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 76. p. 280. (Bessere Resultate als mit irgend einer anderen künstlichen Ernährung.)

6. Bernheim-Karrer, J., Stillen und Stillunfähigkeit. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 26. (Bemerkungen und Ergänzungen zur gleichnamigen Arbeit Kollers [cf. 24].)
7. Bonnaire, E., La consultation obstétricale de nourrisons. Presse méd. 11 Mai. p. 413. (Grundsätze für die Mutterberatungsstellen durch die Hebamme.)
8. Bouffe de Saint-Blaise, M., A propos du lever hâtif des accouchées. La Gyn. Nov. (Von 495 am Hôpital Tenon untersuchten Frauen mussten nach den allgemein anerkannten Kontraindikationen nicht weniger als 204 a priori vom Frühaufstehen ausgeschlossen werden.)
9. Brandenburg, K., Umfrage über das Frühaufstehen nach Operationen und Geburten. Med. Klinik. Nr. 37—50. (Antworten von 55 Direktoren chirurgischer bezw. geburtshilflicher Abteilungen.)
10. Cassel, J., Erfahrungen mit Eiweissmilch. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 58. p. 241. (Warme Empfehlung der Eiweissmilch bei Ernährungsstörungen.)
11. Cassin, P., Note sur l'emploi des nourrissons à demi-lait dans la lutte contre la mortalité infantile. Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris. Tome 1. Nr. 4. p. 392. (Deutliche Herabsetzung der Säuglingssterblichkeit in Montpellier durch Verwendung ein und derselben Amme für mehrere Kinder, die bei so ermöglichtem „allaitement-mixte" sich meist schnell erholen. Näheres cf. Thèse Passelègue, Montpellier.)
12. Cautwell, J., Achselhöhlenbrüste bei Wöchnerinnen. Journ. of Amer. Assoc. March 16. (Schmerzhafte Drüsenschwellung in beiden Achselhöhlen, fast 14 Tage im Wochenbett anhaltend.)
13. Ellenbeck, Zur Hämolyse der Frauenmilch. Verhandl. d. 29. Vers. d. Ges. f. Kinderheilk. zu Münster. p. 63. (In der Frauenmilch entsteht schon nach kurzem Stehen ein inkomplexes, stabiles Hämolysin, ähnlich wie es in manchen Organextrakten [Milz, Lymphdrüsen] gefunden wird. Hierdurch kann das Bestehen eines hämolytischen Fermentes vorgetäuscht werden. Der Ursprung dieses Ferments liegt in der Sahne der Frauenmilch, in der Kuhmilch findet es sich nicht.)
14. Engel und Bauer, Die Biochemie und Biologie des Kolostrums. J. F. Bergmann, Wiesbaden. 80 p. Mk. 1,80.
15. Fingerling, G., Einfluss organischer und anorganischer Phosphorverbindungen auf die Milchsekretion. Biochem. Zeitschr. Bd. 39. p. 239. (Lezithin, Phytin, Nukleoalbumin, Nuklein, Nukleinsäure und Dinatriumphosphat blieben bei Verfütterung ohne spezifischen Einfluss auf die Milchsekretion.)
16. Fischer, M., Beitrag zur Kasuistik der sog. akzessorischen Milchdrüsen. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 32. p. 1229. (Mitteilung eines Falles von akzessorischer Milchdrüse in der Axilla, die zur Zeit der Gravidität und besonders im Wochenbett mächtig anschwoll. Fischer bekämpft die Seitzsche Theorie der „Achselhöhlenbrüste".)
17. Frank, Zur Frage der experimentellen Milchauslösung. Arch. f. Gyn. Bd. 97. p. 183. (Hinweis auf seine frühere Arbeit mit Unger, die im Gegensatz zu Aschner und Grigoriu zu einem negativen Resultat geführt hatte. Hinweis auf verschiedene Versuchsfehler.)
18. Frost, C. A., Utica N. Y., Is milk of eclamptic mothers toxic? Arch. of Pediatrics N. Y. Vol. 29. Nr. 1.
19. Ganghofner, F., und F. Schleissner, Über Stillstuben und Stillkrippen. Prager med. Wochenschr. Nr. 3. (Überblick über die in grösseren Betrieben Deutschlands und Österreichs bestehenden Einrichtungen und deren Betriebskosten.)
19a. Gorizontow, Die Beziehung der Plazenta zur Funktion der Brustdrüse und der Einfluss der Plazentarextrakte auf die Milchsekretion. Nachrichten der kaiserl. Nikolai-Universität III. Heft 1. (Eine Reihe von 18 Versuchen an Ziegen. Den Tieren wurde frischer Plazentarextrakt [aus menschlicher und Ziegenplazenta] subkutan einverleibt. Milchbestimmung nach Roehrig. 4—6 Minuten nach Einspritzung von 5—12 ccm Extrakt wurde die Sekretion um 20—100 mal stärker. Bei Injektion von weniger frischem Extrakt war der Effekt schwächer. Bei intravenöser Injektion wirken die Extrakte toxisch, während sie subkutan keinerlei Vergiftungserscheinungen hervorrufen. In der Plazenta sind also milchtreibende Körper vorhanden, welche sich durch geringe Dauerhaftigkeit und leichte Zerstörbarkeit auszeichnen.)
(H. Jentter.)
20. *Heckner, F., Beiträge zur Anatomie des Gefässverschlusses post partum. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. p. 281.

21. *Hunziker, Beitrag zur Stilltechnik. Vortrag Med. Ges. Basel. 15. Juni. Ref. Deutsche med. Wochenschr. p. 48.
22. Jundell, J., Die Opsonine der Frauenmilch und der Kuhmilch. Hygiea. Nr. 3. (Der mit Staphylococcus aureus geprüfte Opsoningehalt der Frauen- und Kuhmilch erwies sich als sehr gering und bei beiden annähernd gleich. Die verschiedene Konzentration der einzelnen Salze in beiden Milcharten übt keinen Einfluss auf das phagozytäre Vermögen der Leukozyten aus.)
23. Kleinschmidt, H., Experimentelle Untersuchungen über Sensibilisierung durch Milchfütterung. Verhandl. d. 29. Vers. d. Ges. f. Kinderheilk. in Münster. p. 85. (Kleinschmidt vermochte darmgesunde Meerschweinchen ohne übermässige Fütterung auf enteralem Wege gegen Kuhmilch anaphylaktisch zu machen.)
24. *Koller, H., Stillen und Stillunfähigkeit. Korresp. f. Schweizer Ärzte. Nr. 21.
24a. *Langstein, L., und F. Edelstein, Über den Eisengehalt der Frauen- und Kuhmilch. Münchn. med. Wochenschr. p. 1717.
25. Stafford Mc., Lean, Der Eisengehalt der Kuhmilch. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 4. p. 168. (Der Eisengehalt reinster Ziegenmilch ist höher als der der Kuhmilch und entspricht ungefähr dem der Frauenmilch.)
25a. Le Maire, M., Laktations-Spörqs maalet. (Die Laktationsfrage.) Ugeskrift for Laeger. Nr. 11. p. 406—408. (O. Horn.)
26. *Liepmann, W., Die Steigerung der Milchsekretion durch Steigerung der Eiweissernährung. Tierexperimentelle Studie. Berl. klin. Wochenschr. p. 1422.
27. Lobligeois, Beeinflussung der Milchsekretion durch physikalische Heilmethoden. Ref. Deutsche Medizinalzeitg. Nr. 16. p. 279. (Nachdrückliche Empfehlung des Saugens zur Anregung der Milchsekretion, auch Faradisation helfe oft.)
28. Lust, F., Über den Milchzucker der Frauenmilch. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 11. Nr. 6. (Mit der kolorimetrischen Methode von Autenrieth und Funk fand Lust durchschnittlich 7,1 % Milchzucker [Schwankungen von 5,7 —8,5%]. Er hält einen differenten Milchzuckergehalt der Muttermilch für vielleicht ausschlaggebend beim Ablauf der Darmfunktion. Bei manchen Frauen liess sich der Milchzuckergehalt durch Zuckerzulagen steigern, andere verhielten sich völlig refraktär.)
29. Mayerhofer, E., Flasche und Brust bei Deutschen und Czechen. Ein Beitrag zur Wiener Stillstatistik. Wiener med. Wochenschr. p. 388. (Von 2000 Kindern deutscher Mütter wurden 15,65 % überhaupt nie gestillt, von 749 Kindern czechischer Mütter bloss 9,08 %. Die deutschen Mütter stillen viel kürzer als die czechischen. Mahnung an die Behörden, der deutschen Stillust schon aus politischen Gründen zu Hilfe zu eilen.)
30. — Poliklinische Betrachtungen aus der Stillpropaganda. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 7. (Sehr günstige Erfahrungen mit Stillprämien an die Hebammen.)
31. Mayerhofer, E., und E. Pribram, Praktische Erfolge der Ernährung mit konservierter Frauenmilch. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 3. p. 523. (Gute Erfolge mit Frauenmilch, die entweder flüssig mit Perhydrol bezw. Calcodol, oder in Pulverform [dieses bis zu einem halben Jahr haltbar!] konserviert war.)
32. Nahm, Über das Stillen tuberkulöser Mütter. Vortrag auf der VI. Jahresvers. der Vereinigung der Lungenheilanstaltsärzte in Düsseldorf am 2.—5. Sept. 1911. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 332. (Warnt auf Grund eigener schlechter Erfahrungen vor dem Stillen bei Tuberkulose der Mutter.)
33. *Noeggerath, C., Das Stillverbot bei Tuberkulose und Tuberkuloseverdacht. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Bd. 4. p. 17.
34. Nothmann, H., Die Chemie der Frauenmilch. Sammelreferat. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 75. Heft 6.
35. Peiser, J., Über die Verwendung konservierter Ammenmilch zur Ernährung von Säuglingen. Deutsche med. Wochenschr. p. 1735. (Günstige Resultate aus der Berliner Säuglingsklinik nach der Methode von Mayerhofer und Pribram.)
36. *Pfaundler, M., Über virginelle Laktation. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 3. p. 191.
37. Plantenga, B. P. B., Rohe Milch als Säuglingsnahrung. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 58. p. 155. (Plantenga glaubt nicht wie Neumann, dass das häufige Auftreten der Barlowschen Krankheit nach Verabreichung von zuerst in der Meierei pasteurisierter und dann zu Hause nochmals kurz gekochter Milch in der zweimaligen Erhitzung zu suchen sei, sondern in dem „zu hohen Alter“ der Milch, d. h. dem zu langen Lagern zwischen Melken und Genuss der Milch. Die rohe Milch wirkt dadurch so günstig, dass sie sofort verabreicht wird nach dem Melken.)

38. Plenchu, E., und R. Rendu, Examination of Fat in Human Milk by Centrifugation. Ref. Amer. Journ. of Obst. March. (Empfehlung des Zentrifugierens zur Fettbestimmung.)
39. Reiche, A., Über den Einfluss der einer trächtigen Hündin gegebenen Morphiumgaben auf den Hundefötus und den säugenden Hund. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 4. p. 542. (In der Milch der Morphium-Hündin liess sich biologisch kein Morphium nachweisen; auch auf die säugenden jungen Tiere wurde nicht die geringste schädliche Wirkung ausgeübt.)
40. *v. Reuss, Ernährung mit ausgepresster Muttermilch. Ges. f. innere Med. u. Kinderheilk. Wien. 2. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1132.
41. Rieder, K., Über die quantitative Ausscheidung von Urotropin in der Frauenmilch. Monatsschr. f. Frauenheilk. Bd. 11. Nr. 2. (Ausscheidung des Urotropins durch die Milch unzweifelhaft, aber sehr gering: höchste erreichbare Konzentration 1 : 40 000, so dass eine therapeutisch wirksame Konzentration in der Milch bei innerlicher Verabreichung schwerlich zu erzielen sein dürfte.)
42. *Rietschel, H., Zur Technik des Stillens an der Mutterbrust während der ersten Wochen. Vortrag in der Ges. f. Natur- u. Heilk. zu Dresden. 23. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1348. Ausführliche Publikation im Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 76. p. 403 u. 601 „Zur Technik der Ernährung der Brustkinder in den ersten Lebenswochen".
43. *Scherbak, A. L., Versuche über innere Sekretion der Brustdrüse. Wiener klin. Wochenschr. p. 199.
44. *Schil, L., Recherches sur la glande mammaire, sur les phases qu'elle présente au cours de son évolution et leur déterminisme. Thèse de Nancy.
45. *Schmid, H. H., Geburtshilfliche Kleinigkeiten. Münchn. med. Wochenschr. p. 1846.
46. Seitz, L., Die Hygiene des Wochenbettes. Deutsche med. Wochenschr. p. 1673. Klin. Vortrag. (Seitz empfiehlt zur Erzielung einer ausgiebigen Ernährung, sich in der Auswahl der Speisen einigermassen nach dem Geschmack und nach der Gewohnheit der Wöchnerin zu richten, was besonders auch für die Ammenernährung beachtenswert erscheint. Zur guten Rückbildung der Bauchdecken seien gleich vom ersten Wochenbettstage an aktive Übungen der Bauchmuskulatur vorzunehmen. Auch für die Übungstherapie der Beckenbodenmuskulatur tritt Seitz warm ein; bloss bei bestehendem Fieber müsse natürlich davon abgesehen werden.)
47. Siewczynski, Weitere Erfahrungen über das Frühaufstehen der Wöchnerinnen. Inaug.-Diss. Freiburg i. Br.
48. Skutsch, Demonstration einer Milchpumpe. Ges. f. Geb. u. Gyn. in Leipzig. Sitzg. vom 15. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1118. (Empfehlung des von dem Pariser Arzte de Rohan-Chabot erfundenen Apparates „Succi-Pompe". Fabrikant: V. Morlot-Nancy, 11 rue de Blainville, Paris. Preis 28 Frcs.)
49. *Soxhlet, F. v., Über den Eisengehalt der Frauen- und Kuhmilch. Münchn. med. Wochenschr. p. 1529.
50. Stroganoff, W., Zur Frage über das frühe Aufstehen nach der Geburt. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 662. (Stroganoff ist mit den Resultaten des Frühaufstehens auf Grund von Beobachtungen an 11 000 Geburten zufrieden.)
50a. Stroganow, Zum Frühaufstehen der Wöchnerinnen. Nowoje w Med. Nr. 1. (H. Jentter.)
50b. — Zum Frühaufstehen im Wochenbett. Russki Wratsch. Nr. 17. (Nach Stroganow hat das bisher übliche Verhalten im Wochenbett keinerlei wissenschaftliche Begründung. Das Aufstehen für kurze Zeit vom dritten Tage des Wochenbettes an übt auf den Verlauf desselben einen günstigen Einfluss aus. Darm und Blase arbeiten besser, wie sonst; Katheterisation kommt kaum vor. Appetit, Allgemeinbefinden sind besser. Die Involution von Uterus, Bauchdecken und Perineum verläuft besser. Die Sterblichkeit, sowie die Morbidität fallen von Jahr zu Jahr.) (H. Jentter.)
51. Variot, Zuber, Lavialle et Sédillot, Essai sur la valeur alibile du lait désséché. Bull. de la Soc. de Péd. Tome 14. p. 20. (Ungünstige Resultate mit getrockneter Milch.)
52. *Veit, J., Über das frühe Aufstehen nach Entbindungen und Operationen. Prakt. Ergebn. f. Geb. u. Gyn. Bd. 5. p. 74.
53. Vidal, Überwindung der Stillhindernisse durch die Mutterberatungsstellen. Münchn. med. Wochenschr. p. 1327. (Appell an die praktischen Ärzte, die in den Mutterbera-

tungsstellen bewährten Grundsätze auch in den höheren Ständen zur Verbreitung zu bringen.)
54. *Wakulenko, Über die Kreatinin- und Kreatinausscheidung durch den Harn bei Wöchnerinnen. Arch. f. Gyn. Bd. 98. p. 474.
55. Wile, J. S., Maternal Nursing, the return of milk after discontinuance of nursing. The Journ. of the Amer. Assoc. Vol. 58. Nr. 11.
56. Wolf, G., Ammenwahl und Ammenbehandlung. Deutike. 80 p. Mk. 1,20.

In seiner grosszügig angelegten und bis ins kleinste Detail gründlich durchgearbeiteten „Thèse" mit erschöpfender Bibliographie beschreibt Schil (44) zunächst entwickelungsgeschichtlich die Genese des milchbildenden Organs. Im zweiten Teil seiner Monographie studiert er den Determinismus der verschiedenen Entwickelungsphasen der Mamma.

Schil unterscheidet 6 verschiedene Entwickelungsperioden der Brustdrüse: 1. Die Periode der Ausbildung während des ganzen Fötallebens, sowie des ersten Lebensmonats nach der Geburt. Die zweite Phase dieser ersten Periode erscheint physiologisch dadurch besonders interessant, dass durch ein im mütterlichen Organismus gebildetes Hormon auch die kindliche Drüse zur Sekretion angeregt werden kann.

2. Die „periode impubère" vom Aufhören der Neugeborenensekretion bis zum Pubertätsalter, charakterisiert durch das Fehlen der Drüsenazini, den Mangel jeglicher Funktion. Die Entwickelung des Organs wird in dieser Periode unterhalten durch ein vom jungen Ovarium geliefertes Hormon.

3. Die „periode pubère" charakterisiert durch die mächtige Ausbildung sämtlicher sekretorischer und exkretorischer Elemente bei funktioneller Ruhe, ausgelöst durch den Einfluss der Thecazellen und des Corpus luteum.

4. Die Schwangerschaftsperiode vom Moment der Befruchtung bis zur Geburt mit zwei verschiedenen Phasen: a) „la phase d'accroissement gravidique" im Beginn der Gravidität dank einem im Corpus luteum gebildeten „kinetogenen" Hormon zur üppigen Entfaltung des Drüsenbaums führend; b) „la phase glandulaire gravidique" einsetzend nach der völligen Ausbildung der Azini mit der Bildung des „Kolostrums", die angeregt wird vermittelst eines „krisogenen", von der plazentaren „glande myométriale" herrührenden Hormons.

5. Die „postgravide" Periode von der Geburt bis zum Aufhören der Milchsekretion, zerfallend in die „phase glandulaire postgravidique", die eigentliche Laktationsphase, die allein durch den Saugakt des Kindes unterhalten wird, und die „phase de régression postgravidique", das Stadium der Drüsenrückbildung infolge Aufhörens der Drüsenfunktion.

6. Die senile Periode charakterisiert durch die mit dem Aufhören der Ovarialfunktion einhergehende senile Involution des Drüsenparenchyms.

Diese Forschungsergebnisse bestätigen im grossen und ganzen die schon von Ancel und Bouin vertretenen Anschauungen.

Die morphologischen Einzelheiten werden durch 4 Textfiguren und 40 Abbildungen auf 9 Tafeln aufs schönste illustriert.

Auf ganz anderem Wege, nämlich auf Grund praktischer Erfahrungen und Beobachtungen, kommt Koller (24) zu dem Schluss, dass ebenso wie die übrigen Sexualorgane auch die Brustdrüse „alle Erscheinungen der Potenz und Impotenz" aufweisen könne. Die Stillfähigkeit sei daher viel weniger abhängig von rein mechanischen Momenten bei Mutter oder Kind als von der physiologischen Erregung der Drüse zu aktiver Tätigkeit. Er verwirft das zu häufige und zu lange Anlegen des Säuglings bei ungenügender Milchbildung, der „Saugreiz" allein vermöge nur wenig zu helfen. Hingegen empfiehlt Hunziker (21) das Saugen mit dem Budinschen Hütchen, sowie Hyperämisierung der Brust mit Bierscher Saugglocke bei selbst durchaus ungenügender Milchsekretion als mächtiges Laktagogon. Auch Wile (55) betont die Möglichkeit, die Laktation durch den Saugakt auch

nach mehrmonatlicher Ruhe wieder in Gang zu bringen; für ihn ist bestehende Mastitis keine Kontraindikation gegen das Stillen. Dass bereits die manuelle Expression genügt, um die Milchsekretion in ausgiebiger Weise in Gang zu halten, demonstrierte von Reuss (40) an einem Säugling, der seit seiner Geburt bloss mit ausgepresster Muttermilch genährt worden war.

Im Anschluss an die Mitteilung einer Beobachtung beim Kalbe, wo durch oft geübten Saugreiz an einem virginellen, nicht ganz zweijährigen Tiere eine richtige, ziemlich profuse Milchsekretion eintrat, die erst nach Isolierung des Kuhkalbes von den an ihm saugenden Kälbern zum Versiechen gebracht werden konnte, bespricht Pfaundler (36) die bisher bekannt gewordenen analogen Beobachtungen beim Menschen und kommt zum Schluss, dass zur Erzielung der „Sauglaktation" doch eine gewisse „individuelle Anlage" vorhanden sein müsse. Auch Pfaundler sieht im Saugen und Melken nicht das Sekretion auslösende, sondern das Sekretion befördernde Moment.

Eine bemerkenswerte Steigerung der Milchsekretion durch Verfütterung von Malztropon konnte Liepmann (26) experimentell bei Ziegen hervorrufen, derart, dass die Milchausbeute um 50 % bis 100 % anstieg, während nach Entziehen des Malztropons gesetzmässig ein deutliches Sinken festgestellt werden konnte.

Gegenüber den im vorjährigen Bericht mitgeteilten Versuchen von Aschner und Grigoriu über die Beziehung der inneren Sekretion von Plazenta, Fötus und Ovarum zur experimentellen Milchauslösung wahrt Basch (4) seine Priorität und betont, dass in jener Arbeit seine früheren Forschungsergebnisse z. T. unrichtig und unvollständig wiedergegeben seien. Neue Versuche betreffend die Funktion der Brustdrüse als innerlich sezernierendes Organ hat Adler (1) angestellt. Er konnte bei Meerschweinchen und Kaninchen durch mehrfache Injektion von „Mamminum Poehl" einerseits eine deutliche Vergrösserung der Nebennieren, andererseits eine regelmässige Unterbrechung der Gravidität dartun. Adler glaubt aus diesen Resultaten schliessen zu dürfen, „dass gerade die Brustdrüse es ist, die durch ein inneres Sekret auf dem Wege der Nebennierenwirkung (Adrenalin?) die Ausstossung der reifen Frucht normalerweise veranlasst, so dass, da das Wachstum der Frucht die Schwellung der Brustdrüse und vielleicht eine dieser Schwellung parallel gehende innere Sekretion verursacht, der Fötus auf dem Wege der Brustdrüse für seine Ausstossung sorgt". Gegen diese Theorie Adlers sprechen die Versuche Scherbaks (43), der durch die bei 7 jungen Ziegen und einer Anzahl Meerschweinchen vollzogene Radikalexstirpation der Mamma feststellen konnte, dass gänzliches Fehlen der Mamma den Eintritt der Geburt gar nicht beeinflusst. Aber auch er schliesst aus der „unverkennbaren Abschwächung aller Brunsterscheinungen bei den operierten Tieren" und aus der bei 4 Ziegen festgestellten „konstanten Gewichtsverminderung des Uterus", die er mit der „Laktationsatrophie" vergleicht, insofern nämlich als die laktierende Drüse kein inneres Sekret abgebe, auf eine innersekretorische Funktion der Milchdrüse.

Nicht unberechtigtes Aufsehen erregte die Mitteilung von v. Soxhlet (49) über den Eisengehalt der Frauen- und Kuhmilch, in der er die vor über 20 Jahren aufgestellte und heute wohl allgemein akzeptierte Theorie Bunges von der Bedeutung der „Eisenmitgift" des Neugeborenen anfechten zu müssen glaubt. Soxhlet fand nämlich, dass die auffällige Übereinstimmung der Eisenanalyse von Milchasche und Körperasche nur beim Hund und Kaninchen, nicht aber beim Menschen besteht. Es zwinge nichts zu der Annahme, dass der Eisengehalt der Muttermilch ungeeignet oder unzureichend sei den Eisenbedarf des Säuglings zu decken. Der bei der Geburt mitgebrachte Eisenvorrat bestehe zum grössten Teil aus anorganischen in den Geweben abgelagerten Eisenverbindungen, die viel wahrscheinlicher zur Ausscheidung aus dem Körper als zur Blutbildung des wachsenden Säuglings bestimmt sind. Es sei daher viel natürlicher anzunehmen, dass der Säugling nicht aus den Abfallstoffen des Fötallebens, sondern aus der Muttermilch seinen Eisenbedarf decke.

Da nun die Kuhmilch im Durchschnitt nur ein Drittel, häufig nur ein Fünftel und nur selten etwas mehr als die Hälfte vom Eisengehalt der Frauenmilch enthält, so müsse man beim künstlich genährten Säugling recht ernstlich mit der Gefahr des Eisenhungers rechnen, worauf in der Tat das häufig so blasse Aussehen vieler Flaschenkinder hinzuweisen scheint. Um den Eisengehalt der Kuhmilch ausreichend zu erhöhen, empfiehlt Soxhlet den Zusatz einer Emulsion mit ölsaurem Eisenoxyd, die ihm praktisch bereits schöne Erfolge gegeben habe.

Gegenüber dieser Mitteilung v. Soxhlets' wahren Langstein und Edelstein (24a) ihr Prioritätsrecht, insofern als sie bereits vor etwa einem Jahre den Befund des „minimalen Eisengehaltes der Kuhmilch" veröffentlicht hatten. Die Angaben Soxhlets über den Eisengehalt der Kuhmilch und seine Bedeutung für die künstliche Ernährung seien bloss eine Bestätigung ihrer früher gemachten Ermittelungen.

Alles Wissenswerte über Ammenwahl und Ammenwechsel findet sich zusammengefasst in der „vom Standpunkte einer Physiologie und Pathologie des Milchapparats" abgefassten Studie Baschs (3).

Nach sehr anschaulicher Besprechung der Mechanik des Saugens, der Störungen des Saugens, der Störungen im Milchapparat (gute Abbildungen) sowie der für die Tätigkeit der Brustdrüse ausschlaggebenden Faktoren geht Basch ausführlich auf die bei der Ammenwahl zu berücksichtigenden Punkte ein. Die Technik der Ammenuntersuchung sowie der „Ammenwechsel" sind in klarer, praktischer Weise nochmals in besonderen Kapiteln erörtert.

Offenbar auf Grund falscher Deutung Czernyscher Grundsätze polemisiert Rietschel (42) gegen die wahllose Einführung „der fünf Mahlzeiten im Sinne Czernys". Ritschel redet besonders für die Privatpraxis gerade in den ersten Wochen einem weitgehenden Individualisieren und „Ausprobieren" das Wort, befindet sich damit aber, wie ich aus persönlicher Erfahrung weiss, durchaus nicht im Gegensatz zur Czernyschen Schule.

Betreffs der Frage, ob die tuberkulöse Mutter stillen dürfe, kommt Noeggerath (33) auf Grund exakter eigener Versuche bei 24 Fällen zu dem Ergebnis, dass das Stillverbot für tuberkulöse und ernstlich tuberkuloseverdächtige Mütter aufrecht zu erhalten ist. Zwar wird die Anschauung von Behrings nicht geteilt, dass viel häufiger als früher angenommen, aus den Brüsten tuberkulöser Frauen Tuberkelbazillen in infektionstüchtiger Menge ausgeschieden werden. Aber das Stillgeschäft stelle an die meisten tuberkulösen Frauen so grosse Ansprüche, dass dadurch eine Verschlimmerung des tuberkulösen Prozesses herbeigeführt werden müsse. Andererseits werde der Säugling durch die Milch der tuberkulösen Mutter nicht gegen Tuberkulose geschützt, weder aktiv noch passiv. Der gesunde Säugling müsse aus seiner tuberkulösen Umgebung entfernt, am besten im „Prophylaktikerheim" untergebracht werden.

Für das Frühaufstehen im Wochenbett sind viel weniger Anhänger gewonnen worden als für das nach Operationen. So bestreitet Veit (52), dass das Frühaufstehen sich als Prophylaktikum gegen die Embolie bewährt habe, und es erscheint ihm dies schon rein theoretisch für unwahrscheinlich, da an den Fällen von tödlicher Embolie seines Erachtens stets Störungen im Wundverlaufe die Schuld tragen. Er verkennt aber nicht die Vorteile des Frühaufstehens für ältere Patientinnen.

Ähnlich äussert sich Bouffe de Saint-Blaise (8). H. Schmid (45) will einen gewissen Zusammenhang zwischen dyspeptischen Erscheinungen der Säuglinge (grüne Stühle, Gewichtsstillstand etc.) und dem Frühaufstehen der Mutter beobachtet haben; dies sei für die Prager Klinik mit ein Grund gewesen, das Frühaufstehen der Wöchnerinnen im Interesse der Kinder wesentlich einzuschränken.

Ausgiebige Untersuchungen über die Kreatinin- und Kreatinausscheidung durch den Harn bei Wöchnerinnen hat Wakulenko (54) mit-

geteilt. Nach seinen Ergebnissen erscheinen in den ersten Wochenbettstagen neben dem Kreatinin stets reichliche Mengen von Kreatin im Harn; ferner ist die Ausscheidung des Kreatinins gegen die Norm um etwa 50% pro Tag und Kilo vermehrt. Die auffällige Kreatinausscheidung möchte Wakulenko eher in einen direkten Zusammenhang bringen mit der Kontraktion und Involution des Uterus sowie mit der Menge und Ausscheidung der Lochien als mit einer veränderten Tätigkeit der Leberzellen.

Endlich hat Heckner (20) neue wertvolle Beiträge zur Anatomie des Gefässverschlusses post partum geliefert. Heckner kommt auf Grund histologischer Untersuchungen an puerperalen Uteri aus den verschiedensten Schwangerschaftszeiten zur Ansicht, dass ausser den bisher bekannten Faktoren der postportale Blutstillungsmechanismus wesentlich unterstützt wird durch Veränderungen an den Gefässen selbst, bestehend in Aufquellung des Endothels und nicht selten „Buckelbildung". Diese ins Gefässlumen vorspringenden Bindegewebsbuckel finden sich aber doch nicht mit solcher Regelmässigkeit, dass ihnen eine ausschlaggebende Bedeutung für die Blutstillung zugesprochen werden dürfte, vielmehr betrachtet Heckner die beiden Arten der Gefässveränderungen, Aufquellung des Endothels und Auftreten von Bindegewebsbuckeln, bloss als unterstützendes Mittel zur Thrombenbildung.

---

2. Physiologie und Pathologie des Neugeborenen.

1. *Ahlfeld, F., Riesenkinder. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. p. 602. (Kritische Zusammenstellung der vorliegenden Beobachtungen über Riesenkinder. Als ätiologische Momente zieht Ahlfeld heran: übernormale Körperentwickelung der Eltern, Vielgeschwängerte, männliches Geschlecht, Übertragung.)
2. Birk, W., Untersuchungen über den Stoffwechsel des neugeborenen Kindes. Volkmanns Samml. Nr. 654—655. Gyn. Nr. 241—242.
3. *Buschmann, K., Über die Versorgung der Nabelschnur. Inaug.-Diss. Jena. Trenkel-Berlin. 26 p. 1,20 Mk.
4. Davidsohn, H., Die Pepsinverdauung im Säuglingsmagen unter Berücksichtigung der Azidität. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 4. p. 208.
5. *Geiser, E., Beitrag zum Scleroedema neonatorum. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 76. (Auf Grund von acht an der Berner Frauenklinik innerhalb neun Monaten beobachteten Fällen von Sklerödem bespricht Geiser genau die Differentialdiagnose gegen Sklerem, dann dessen Ätiologie, Prophylaxe und Therapie. Für die mit Hypoparathyreosis kombinierten Fälle empfiehlt er warm sofortige Verabreichung von Calcium chloratum.)
6. *Goldfeld, Z., Die Abhängigkeit der körperlichen Entwickelung Neugeborener vom Berufe der Eltern. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. p. 407. (Untersuchungen über den Einfluss des Berufes der Eltern, besonders auch des Mannes, auf die Entwickelung der Kinder auf Grund des Materials eines Dezenniums an der Würzburger Universitäts-Frauenklinik. Es ergibt sich, dass die Nachkommenschaft der körperlich und geistig hochstehenden Leute schon bei der Geburt kräftiger entwickelt ist, als diejenige des Proletariats.)
7. Heller, F., Fieberhafte Temperaturen bei neugeborenen Kindern in den ersten Lebenstagen. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 4. p. 55.
8. v. Herff, Zur Vorbeugung der Blennorrhoea neonatorum in Stadt und Land. Arch. f. Gyn. Bd. 98. p. 187.
9. *Jaschke, R. Th., Neue Erfahrungen in der Technik der Ernährung, sowie zur Physiologie und Pflege des Neugeborenen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 60. (Jaschke hält für die wichtigste Forderung der Hygiene des Neugeborenen die vollständige Trennung des Pflegepersonals für Wöchnerinnen und Kinder. Er verwirft das Auswischen des kindlichen Mundes, tritt bei reifen Kindern für vierstündiges Anlegen mit 6—8stündiger Nachtpause ein, empfiehlt die zweizeitige Abnabelung mit Bolusbehandlung des Nabelschnurrestes und bestätigt die günstigen Erfahrungen v. Herffs mit 5%iger Sophollösung in der Blennorrhoeprophylaxe.)

10. *Keller, A., und J. Klumker, Säuglingsfürsorge und Kinderschutz in den europäischen Staaten. Ein Handbuch f. Ärzte, Richter, Vormünder, Verwaltungsbeamte und Sozialpolitiker, für Behörden, Verwaltungen und Vereine. J. Springer. (Internationaler Führer durch die bestehenden Einrichtungen auf dem Gebiete der Fürsorge und des Schutzes für Mutter und Kind unter besonderer Beachtung des geschichtlichen Werdens der bestehenden Einrichtungen in Verbindung mit Armenwesen und Sozialpolitik. Nach der fachmännischen Besprechung der „sozial-hygienischen", sowie der „sozial-rechtlichen" Einrichtungen durch Autoritäten der verschiedensten Länder beschliesst eine Zusammenstellung sämtlicher Gesetze und Verfügungen betreffend Kinderschutz und Mutterfürsorge in den europäischen Staaten das inhaltsreiche Werk.)
11. *Lehle, A., Zur Prophylaxe der Blennorrhoea neonatorum. Münchn. med. Wochenschrift. p. 2161.
12. Lehndorff, H., Hämatologie des Neugeborenen. Bericht über die im Jahre 1911 erschienenen Arbeiten. Gyn. Rundschau. Bd. 6. p. 872.
13. *Lewin, L., Spektrophotographische Untersuchungen des Mekoniums. Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. 145. p. 393. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1519. (Lewin konnte die Angabe, dass sich im Mekonium saures Hämatoporphyrin vorfinde, nicht bestätigen.)
14. *Massay, F., Beitrag zur Lehre von der Temperatur der Frühgeborenen. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 76. p. 232. (Nichts wesentlich Neues.)
15. *Mendelssohn, A., Beobachtungen über Hauttemperaturen der Säuglinge. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 3. p. 291.
16. *Pescatore, Pflege und Ernährung des Säuglings. 5. Aufl., bearbeitet von L. Langstein. Springer. (Führer für Mütter und Kinderpflegerinnen.)
17. *Reuss, A. v., Über die Bedeutung der Unterernährung in der ersten Lebenszeit. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 4. p. 499.
18. *— Über das Vorkommen von Glykokoll im Harn des Neugeborenen. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 3. p. 286. (Glykokoll ist auch für den Harn des Neugeborenen als normaler Bestandteil zu betrachten.)
19. *— Indikanurie bei Neugeborenen. Zeitschr. f. Kinderheilk, Bd. 3. p. 12. (v. Reuss fand bei Brustkindern im Harn der ersten Lebenswoche recht häufig Indikan — mitunter in beträchtlicher Menge —, ohne dass klinisch irgend welche pathologische Erscheinungen bestanden. Die Indikanurie fehlt in der Regel am ersten Lebenstage, ist am zweiten Lebenstage selten und findet sich am häufigsten und intensivsten am [dritten und] vierten Tag; aber auch während der folgenden Tage ist sie keine seltene Erscheinung. Als Ursache dieser Indikanurie eruiert v. Reuss zwei Möglichkeiten: entweder eine „Entstehung von Indol aus dem Darmsekret", oder „Zeichen von Gewebszerfall". Möglicherweise spiele auch die Vermehrung der Harnsäure im Organismus des Neugeborenen bei der Genese der Indikanurie eine Rolle.)
20. *— Über transitorisches Fieber bei Neugeborenen. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 4. p. 32.
21. *Sachs, E., Über Nebenlungen. Gyn. Rundschau. Bd. 6. p. 853. (Genaue Mitteilung eines Falles mit Diskussion der Entstehungsmöglichkeiten.)
22. *Salge, B., Salzsäure im Säuglingsmagen. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 4. p. 171.
23. *Samelson, S., Über die Nebennierenfunktion im Säuglingsalter. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 3. p. 65. (Samelson konnte mit Hilfe der v. Trendelenburgschen Methode feststellen, dass die vasokonstriktorische Wirkung des Säuglingsblutes gegenüber dem des Erwachsenen bedeutend herabgesetzt ist.)
24. *— Über gefässverengernde Substanzen im Säuglingsblutserum. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 3. p. 568. (Rechtfertigung gegen die Angriffe von H. und L. Hirschfeld, die in obiger Frage zu entgegengesetztem Resultat gekommen waren.)
25. *— Über Fettspaltung im Säuglingsblut. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 4. p. 205. (Samelson konnte nach der Rona-Michaelisschen Methode in allen Fällen das Vorhundensein eines fettspaltenden Ferments im Säuglingsblut nachweisen.)
26. *Schweitzer, A., Zur Blennorrhoe-Prophylaxe. Arch. f. Gyn. Bd. 97. p. 101.
27. *Stamm, S., Über Krämpfe bei Neugeborenen. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 58. p. 1. (Besprechung der Ätiologie und Mitteilung einiger interessanter eigener Beobachtungen.)
28. *Stolz, M., Ein Nabelschnurbruch mit Darmfistel und Nabelschnurzyste. Gyn. Rundschau. Bd. 6. p. 131. (Erfolgreiche Operation ohne Narkose, Kind an Lebensschwäche eingegangen.)

29. Trumpp, Rektaler Schleimepithelpfropf und Darmstenosen beim Neugeborenen. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 75. p. 678. (Angeborener rektaler Schleimepithelpfropf als Hindernis für die Entleerung des Mekoniums.)
30. Vorpahl, F., Ein Fall von Melaena neonatorum, hervorgerufen durch Blutung aus angeborenen Phlebektasien des Ösophagus. Arch. f. Gyn. Bd. 96. p. 377. (Genaue Beschreibung eines Falles von „Melaena, beruhend auf Lokalerkrankungen, nämlich auf Missbildung der Blutgefässe".)
31. Wacher, P., Ein Fall von Hämophilie bei einem Neugeborenen. Gyn. Rundschau. Bd. 6. p. 207. (Hämophilie bei einem Mädchen; Gelatine [20 ccm] ohne Erfolg, hingegen wirkten 5 ccm Diphtherieserum prompt.)
32. Welde, E., Tragbare Couveuse zum Transport von Frühgeburten. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 76. p. 551. (Empfehlenswerte Couveuse zum Aussentransport. Fabrikant: E. Lentz, Berlin-Moabit, Birkenstr, 18. Preis Mk. 60.—.
33. Wolff, F., Beiträge zur Entstehung der Melaena neonatorum durch retrograde Embolie, nebst Mitteilung eines Falles von Volvulus beim Neugeborenen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. p. 438. (Mitteilung weiterer Befunde aus der Giessener Frauenklinik, die die v. Franquésche Theorie der Entstehung von Melaena in den allerersten Lebenstagen durch retrograde Embolie von der Nabelvene aus stützen. Wolff berichtet zunächst über geglückte experimentelle Erzeugung der Melaena durch Injektion in die Nabelvene junger Hunde; dann bespricht er den Befund eines Thrombus in der Nabelvene und von umschriebenen Zirkulationsstörungen. Nekrose und Thrombose als Grundlage der Ulzeration und Blutung im Duodenum eines an Melaena verstorbenen Neugeborenen. Schliesslich erbringt er den Nachweis der Durchgängigkeit der für retrograde Embolie von der Nabelvene aus in Magen- und Darmwand erforderlichen Blutbahnen.)
34. *Zweifel, P., Zur Verhütung der Augeneiterung des Neugeborenen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27.

Die Prophylaxe der Blennorrhoea neonatorum ist auch in diesem Jahre weiter ausgebaut und durch theoretische Untersuchungen sowie praktische Erfahrungen einem annähernd idealen Erfolge zugeführt worden. So verlangt v. Herff (8) zur Durchführung der ihm durchaus berechtigt und theoretisch leicht erfüllbar erscheinenden Forderung Cohns: „Die Blennorrhoea neonatorum kann und muss aus allen zivilisierten Staaten verschwinden", eine allgemeine Anzeigepflicht jeden Blennorrhoe-Falles. Die Anzeigepflicht, die sich auf Ärzte, Hebammen und Eltern zu erstrecken habe, müsse unbedingt durch die Einführung eines obligatorischen Credéisierens ergänzt werden. Aber aus den Misserfolgen Salzburgs gehe hervor, dass das Credéisieren mit Arg. nitric. allein nicht genüge, hingegen lasse der hohe Schutzstandard des Sophols, der im Frauenspital Basel-Stadt zurzeit auf Nullprozent Frühinfektionen stehe, dieses Mittel als ideal erscheinen, um so mehr als ihm bei richtiger Herstellung der Lösung keinerlei Reizwirkung anhafte. Natürlich müsste die Einträufelung erst nach dem Baden und nach dem Anziehen des Kindes erfolgen und nicht vor dem Abnabeln.

Die absolute Reizlosigkeit des Sophols wurde auch experimentell erwiesen durch Schweitzer (26), der sowohl an der zarten Schwimmhaut wenig pigmentierter Frösche (100 Versuche) wie an der Schwanzflosse kleiner Fische (50 Versuche) die Wirkung der gebräuchlichen Silberverbindungen (Arg. nitric., Arg. acetic., Argentamin, Argonin, Protargol, Collargol, Sophol, Argyrol) auf das lebende Gewebe erforscht. Er fand bei den meisten Mitteln deutliche Zell- und Gewebsschädigung, am stärksten bei Arg. nitricum, fast oder vollkommen fehlend hingegen bei Arg. aceticum mit Ventralisation (Zweifel), bei Argyrol und Sophol. Diese Mittel erfüllen also die Bedingung der „Reizlosigkeit". Wegen der sicheren Konstanz der Lösung empfiehlt Schweitzer zur obligatorischen Prophylaxe am wärmsten das Argentum aceticum mit Neutralisation.

Zweifel (34) selbst teilt mit, dass er dank diesem Mittel bei einem Material von ca. 21000 Kindern die Erkrankungsziffer auf 0,15% herabdrücken konnte. Hingegen empfiehlt Lehle (11) auf Grund der Erfahrungen an der Döderleinschen

Klinik das Sophol als das „souveräne Prophylaktikum der Ophthalmoblenorrhoe“, das auch für die Hebammen obligatorisch gemacht werden müsse.

Mit der Temperatur des Neugeborenen beschäftigen sich mehrere Arbeiten. Zunächst weist A. Mendelssohn (15) erneut darauf hin, dass das Wärmeregulationsvermögen bei sehr kleinen und schwächlichen Kindern sehr schlecht, ja völlig unzureichend ist. Es wird erst langsam während der ersten Lebensmonate erworben und kann bei schweren Krankheiten (z. B. Intoxikationen und Zuständen von Atrophie) wieder verloren gehen.

Auf Grund von Beobachtungen an der Schautaschen Klinik glaubt v. Reuss (20) ein in seiner Ätiologie bisher noch unklares „transitorisches Fieber“ in der Mitte der ersten Lebenswoche des Neugeborenen als nicht seltenen Befund feststellen zu können. Die Kinder zeigen bei rasch vorübergehendem Fieber meist keinerlei Störungen des Allgemeinbefindens, bei längerer Dauer werden sie auffällig unruhig, matt und somnolent; sonst ist der objektive Befund ein negativer. Als Ursache dieser Fieberzustände dürfte im Hinblick auf die typische Zeit ihres Auftretens (3.—4. Tag) in den zugleich im Organismus ablaufenden Vorgängen (Stoffzerfall, Wasserverlust, erste Nahrungsaufnahme und ihre Folgen) zu suchen sein. Auch die mangelhafte Wärmeregulation des Neuborenen komme als unterstützendes Moment in Betracht. Dass es sich um enterogene Infektion handeln könne, will v. Reuss nicht anerkennen. Hingegen kommt Heller (7) zum Schluss, dass diesem Fieber eine „endogene“ Ursache zugrunde liegen müsse, dass in der Pathogenese dieses Fiebers ganz bestimmte Stoffwechselvorgänge eine Rolle spielen, vielleicht eine Konzentrationsstörung durch zu ausgiebige Wasserabgabe bei mangelhafter Wärmeregulation. Heller rät daher, solchen Kindern bei mangelnder Milchsekretion geringe Mengen Tee oder Wasser zuzuführen.

Dass aber die Ursache dieses „transitorischen Fiebers“ jedenfalls nicht bloss in einer gewissen Unterernährung liegen kann, hat v. Reuss (17) durch weitere Untersuchungen gezeigt. Er wies nach, dass bei entsprechender Flüssigkeitszufuhr während der ersten Woche auch bei sehr geringer Kalorienzufuhr ein klinisch normaler Verlauf durchaus möglich ist. Die Ursachen der Unterernährung in dieser Zeit liegen teils in Stillschwierigkeiten seitens des Kindes (saugschwache, trinkfaule, brustscheue), teils in solchen seitens der Mutter (schwer fassbare Warzen, Hypogalaktie etc.). v. Reuss empfiehlt mit Ausnahme der Fälle von Trinkschwäche das Festhalten an 5—6 Mahlzeiten; gegen die Exsikkation bei Unterernährung Nachfüttern indifferenter Flüssigkeit oder abgepumpter Muttermilch nach dem Anlegeversuch. Mit der Zufütterung von Kuhmilch rät v. Reuss bis in die zweite Woche zu warten, da während der Neugeborenenperiode selbst hohe Grade von Unterernährung schadlos ertragen werden. Auch beim „transitorischen Fieber der Neugeborenen“ bloss Zufütterung von Flüssigkeit; Kuhmilch erst dann, wenn die Brustdrüsensekretion einigermassen in Gang gekommen ist.

Durch Stoffwechselversuche am Neugeborenen zwecks Feststellung der Bedeutung des Kolostrums kam Birk (2) zum Schluss, dass bei der Ernährung mit Kolostrum, das ja einen auffällig hohen Phosphor- und Natriumgehalt hat, trotz der physiologischen Gewichtsabnahme ein positive N.-Bilanz bestehe, während bei der Ernährung mit abgespritzter, fertiger Frauenmilch die N.-Bilanz dauernd negativ war. Während der Kolostrumernährung findet eine Retention von 56 % Asche statt — am höchsten ist hierbei die Aufstapelung von Kalk und Phosphor — bei Frauenmilchernährung dagegen ergaben sich sogar negative Bilanzen. Die Bedeutung des Kolostrums für die Ernährung des Neugeborenen liegt sonach darin, dass es, dem geringen Nahrungsbedürfnis des Neugeborenen angepasst, in relativ geringer Substanz einen hohen Gehalt an Kalorien wie an anorganischen Substanzen besitzt.

Neue Aufschlüsse über die Verdauungsvorgänge beim Neugeborenen haben uns die Untersuchungen Davidsohns (4) gebracht. Davidsohn konnte nachweisen, dass infolge der geringen Azidität des Magensaftes beim natürlich oder künstlich

ernährten gesunden Säugling eine Pepsinverdauung im Magen in praktisch nennenswerter Weise nicht stattfinden kann. Als Ursache der auffallend niedrigen Azidität scheint nicht der Säuglingsorganismus, sondern in erster Linie die Milch anzusehen zu sein; die Differenz in der Azidität des Magens beim Säugling und Erwachsenen stimmt also mit den Unterschieden überein, die Pawlow im Tierversuch nach Brot- und Milchnahrung erhalten hat. Die Untersuchungen sind durch Salge (22) vollauf bestätigt worden. Auch Salge nimmt an, dass die peptische Verdauung bei der normalen Ernährung des Säuglings tatsächlich keine Rolle spielt.

VI.

Pathologie der Gravidität.

Referent: Dr. M. Penkert, Halle.

Schwangerschaftstoxämien, Hyperemesis gravidarum, Ptyalismus gravidarum.

1. *Although, Treatment of the Vomiting in Pregnancy. Journ. des pract. Oct. 5. Ref. The Brit. Med. Journ. Nov. 2.
2. *Aymerich, G., Formula leucocitaria e quadro neutrofilo nella gravidanza normale e nella albuminuria gravidica. (Leukozytenformel und neutrophiles Bild in der normalen Schwangerschaft und in der Schwangerschaftsalbuminurie.) La Ginec. Firenze IX. Fasc. 10. p. 289. (Artom di Sant' Agnese.)
3. Berecz, János, Chorea gravidarum egyesete. Aus der Sitzg. d. gyn. Sekt. d. kgl. Ärztevereins am 5. März. Ref. Orvosi Hetilap. Gyn. Nr. 3. (Bericht über einen Fall von Chorea gravidarum, bei welchem im zweiten Schwangerschaftsmonat bei 39,3° C hoher Temperatur die Schwangerschaft unterbrochen wurde. Trotzdem starb die Frau drei Tage nach der Ausräumung.) (Temesváry.)
4. *Blodgett, S. H., Toxemias of Pregnancy. Med. Record. Jan. 13. Ref. The Brit. med. journ. 17. Febr.
5. *Brown, Toxemia of pregnancy. The amer. journ. of obst. June.
6. Candia, F., Parto forzato all ottavo mese eseguito d' urgenza per grave intossicazione gravidicac on vomito incoercibile e gravissima nefrite. Guarigione. (Im achten Monat hervorgerufene Geburt wegen schwerer Schwangerschaftsintoxikation mit unstillbarem Erbrechen und schwerer Nephritis. Heilung.) Atti Soc. Ital. d'Ostetr. Ginec. Vol. XVIII. (Artom di Sant' Agnese.)
7. Chirié, Corpus luteum und unstillbares Erbrechen. Arch. mens. d'obst. et Gyn. April. (Fall von unstillbarem Erbrechen, der tödlich verlaufen war. Es fand sich bei der Sektion ein Corpus luteum, das zystisch und von Zystenbildungen grösstenteils zerstört war, ebenso von bindegewebiger Umwandlung. Es glich einem alten Corpus luteum in bindegewebiger Umwandlung. Chirié zieht keine weiteren Schlüsse aus dem Fall, glaubt aber, dass derartige Veränderungen einer Nachprüfung wert sind, und glaubt darin eine Bestätigung der Pottetschen Untersuchungen zu erblicken, der in 4 Fällen von Tod infolge unstillbaren Erbrechens Läsionen des Corpus luteum gefunden hatte.)
8. Davis, Edward P., The treatment of acute and fulminant toxämia. The amer. journ. of obst. August. p. 276.
9. *Devraigne et Chirié, Corps jaune et vomissements incoercibles. Société obstétricale de France. Annal. de Gyn. Decembre 1911. 750. (Bei einer 30jährigen, an

unstillbarem Erbrechen verstorbenen III para fanden sich beiderseits sklerozystische Ovarien. Auf der Seite des gelben Körpers fand sich eine ziemlich ausgedehnte Zyste, in ihr war die Luteinsubstanz auf die Hälfte reduziert, die Restpartie war ausserdem verändert. Es existierte keine Reaktion in der Umgebung der jungen Follikel.)

10. *Drummond, J. B., Ammonia coefficient as indication for emptying the Uterus in Toxemia of pregnancy. Maine med. Journ. 1911. 11. 550. Ref. The Amer. Journ. of Obst. Febr. p. 320.

11. *Ducasse, Beitrag zur Lehre von der Neuritis gravidarum. Inaug.-Diss. Toulouse. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40.

12. Erdös, Adolf, A terhességi hányas aetiologiaja. Orvosok Lapja. Nr. 26. (Zusammenfassender Bericht über die Ätiologie des Schwangerschaftserbrechens.) (Temesváry.)

13. *Evans, I. D., Hoher Blutdruck bei Schwangerschaftstoxikosen. Monthly cyclopédia and med. bull. Nov. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15.

14. *Exchaquet, Les vomissements de la grossesse. 47. Sitzg. de la soc. d'obst. et de Gyn. de la Suisse romande. Gyn. Helvetia. Frühlingsausgabe.

15. Fekete, Sándor, Hyperemesis gravidarum két esete. Aus der Sitzg. d. gyn. Sekt. des kgl. Ärztevereins am 5. März. Ref. Orvosi Hetilap. Gyn. Nr. 3. (Bericht über zwei Fälle von Hyperemesis gravidarum, in welchen der Williamssche Ammoniakoeffizient die erlaubte Grenze von 10 % weit überstieg. In einem Falle besserte sich der Zustand bei rektaler Ernährung, im anderen musste die Fehlgeburt eingeleitet werden.) (Temesváry.)

15a. — Az ammonia-coefficiens értéke aterhességi hányás nilyosságának megitélésére. Orvosi Hetilap. Gyn. Nr. 2. (Fekete untersuchte in sechs Fällen von Schwangerschaftserbrechen den Harn der Frauen auf den Williamsschen Ammonia-Koeffizienten hin. In drei Fällen überstieg dieser die Williamssche Grenze von 10 %; trotzdem musste die Unterbrechung der Schwangerschaft bloss in einem Falle vorgenommen werden. Der Ammonia-Koeffizient ist demnach kein zuverlässiger Indikator für die Schwere des Schwangerschaftserbrechens.) (Temesváry.)

16. Fieux, G., La sérothérapie appliquée aux vomissements graves de la gestation. La Gyn. Oct. p. 631. (Bericht über vier mit Serumtherapie — Schwangerenserum oder Pferde- und Schwangerenserum, oder nur Pferdeblut — günstig beeinflusste Fälle von schwerem Schwangerschaftserbrechen.)

17. Fieux et Dautin, Traitement des vomissements incoercibles. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Avril. La Presse méd. Nr. 39. (Eine Frau hatte in der ersten Schwangerschaft ohne nachweisbare Nephritis an unstillbarem Erbrechen gelitten, ebenso stellte sich in der dritten Gravidität das Erbrechen in schwerster Form ein. Nach einer Injektion normalen Menschenserums keine Besserung, erst nach Injektion von Serum einer im dritten Monat schwangeren Frau hörte — nachdem noch einen Tag galliges Erbrechen stattgefunden hatte — das unstillbare Erbrechen auf und Puls etc. kehrten zur Norm zurück.)

18. — — Contribution à l'emploi du sérum de femme enceinte normale des premiers mois dans la thérapeutique des vomissements graves de la grossesse. Bull. de la soc.. d'obst. et de gyn. de Paris etc. Avril. (25jährige II para, bei der wegen schweren unstillbaren Erbrechens schon die erste Schwangerschaft unterbrochen werden sollte. Spontanabort und Heilung. Bei der zweiten Gravidität stellte sich ebenfalls schwerstes Schwangerschaftserbrechen ein, das nach Injektion normalen Menschenserums nicht aufhörte, erst nach Injektion von 12 ccm Serum einer normalen Schwangeren im dritten Monat zum Verschwinden gebracht wurde. Heilung.)

19. *Franz, R., Über das Verhalten der Harntoxizität in der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 51. 1911.

20. — Mit Nabelschnurblutserum geheilte Schwangerschaftsdermatose. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28. (19jährige I para, letzte Menstruation Anfang August 1911. Am 5. Mai 1912 stark juckender Ausschlag an der Bauchhaut, 14. Mai auf dem Bauch, beiden Unterarmen und an den unteren Extremitäten, bis kronenstückgrosse, zum Teil konfluierende Flecke. Venaepunctio am 15. Mai, intramuskuläre Injektion von 30 ccm 2½ Monate alten Nabelschnurblutserums im rechten Oberschenkel. Keine Temperatursteigerung. 16. Mai kein Juckreiz mehr. Flecke an den Unterarmen vollkommen geschwunden, am Bauch und an der Vorderseite der Oberschenkel völlig abgeblasst. 18. Mai nochmalige Injektion von 30 ccm Nabelschnurblutserums. 19. Mai völlige Abheilung. 20. Mai Geburt spontan.)

21. *Freund, R., Schwere Graviditätstoxikosen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 37. (I. Fall. 24jährige Ipara mit starken Eiweissmengen im Urin am Ende der Schwangerschaft und Ikterus, der während der Geburtsarbeit auftrat. Spontaner Partus. Mädchen lebend, aber schwer asphyktisch und in den ersten vier Tagen somnolent, so dass es einen schwer vergifteten Eindruck macht. Erhebliche Zunahme des Ikterus der Mutter nach dem Partus, starke Albuminurie und Harnverminderung, die aber bis zum 4. bis 5. Tage schwinden. Danach Genesung des Kindes und der Mutter. II. Fall. 25jährige Ipara im 10. Schwangerschaftsmonat. Nach zwei eklamptischen Anfällen spontaner Partus eines toten Mädchens, Urin 7 % Albumen, keine Ödeme. Am zweiten Tag post partum Ikterus, Blutung unter die linke Sklera, Harnverminderung, Nasenbluten, Exitus am fünften Tage. Bei der Sektion schwere eklamptische Veränderungen an den Nieren und der Leber. III. Fall. 38jährige XXVpara, meistens Aborte, zwei lebende, schwächliche Kinder. Vom siebenten Monat ab häufiges, zum Teil blutiges Erbrechen, Kopfschmerzen, Husten, wässerige Anschwellung der Beine. Gelbsucht, Atemnot. Hautfarbe nach der Aufnahme in die Charité ikterisch und zyanotisch. Puls klein, 104, Urin sehr spärlich, 7½ ‰ Albumen. Grav. mens. IX., Kind tot, Perforation wegen grosser Dyspnoe. Unregelmässige, schlechte Herzaktion. In den nächsten Tagen Ikterus unverändert, Aderlass. Nasenbluten. Sechster Tag post part. Exitus. Sektion ausgedehnte nekrotisch-hämorrhagische Veränderungen in der Leber, schwere parenchymatöse Veränderung der Nieren. IV. Fall. 23jährige Ipara. Ein eklamptischer Anfall. Vom Arzt schwere Vergiftung diagnostiziert. Bewusstlosigkeit, erneuter Anfall, tiefes Koma, Nasenbluten. Totes Kind bei der moribunden Frau, Zange, Aderlass, Harnverminderung. Exitus. Allgemeine hämorrhagische Diathese. In der Leber eklamptische Herde, schwere Nierenveränderungen.)

22. *Gaifami, P. jun., La sieroterapia in alcune forme di intossicazione gravidica (Iperemesi, ptialismo, albuminuria, dermatosi, anemia grave). (Die Serumtherapie in einigen Formen von Schwangerschaftsintoxikationen [Hyperemesis, Ptyalismus, Albuminurie, Dermatosis, schwere Anämie].) Atti del XVII Congresso della Soc. Italiana di Ostetr. e Ginec. Napoli. X. (Artom di Sant' Agnese.)

23. *Graff, Erwin, und Januarius v. Zubrzycki, Die Kobragiftpferdebluthämolyse in der Schwangerschaft und bei Karzinom. Münchn. med. Wochenschr. p. 574.

24. *Grube, Karl, und Karl Reifferscheid, Experimentelle Untersuchungen zur Frage der Schwangerschaftstoxämie. Med. Klinik. Nr. 14. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35.

25. *Hedley, J. P., The excretion of creatin in pregnancy and the toxaemias of pregnancy. The Brit. med. Journ. Oct. 26. p. 1117—1118.

26. *Herrmann, E., und J. Neumann, Lipoide in der Gravidität und deren Ausscheidung nach vollendeter Schwangerschaft. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 42. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 44.

27. *Hilferding-Hönigsberg, Margret, Zur Behandlung der Schwangerschaftsbeschwerden. Wiener med. Wochenschr. Nr. 46.

28. Hilferding, Demonstration von vier Frauen, bei denen Schwangerschaftsbeschwerden mit Herzmitteln behandelt waren. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 2.

29. *Hirsch, Max, Ein Fall von unstillbarem Erbrechen bei Hämatometra. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52. (20jährige Frau, die einen Partus durchgemacht hat und ein längeres Wochenbett von ca. 18 Tagen mit mangelhafter Rückbildung des Uterus und Schmerzen im Leib. Nach drei Monaten Periode, vier Monate später Schmerzen im Unterleib, Oophoritis links. Letzte Periode 22. Februar 1908, letzter Koitus Mitte Januar 1908. Ende März heftiges Erbrechen, Leibschmerzen und zunehmende Entkräftung. Da wegen der bestimmten Angabe des Koitus eine Schwangerschaft ausgeschlossen scheint, Annahme einer Hämatometra, Dilatation und Ausschabung dunkelbrauner Blutkoagula ohne Schwangerschaftsprodukte. Besserung des Allgemeinbefindens. Anfang Juli 1911 letzte Periode, Gravidität im zweiten Monat mit schwerem, unstillbaren Erbrechen, deswegen Ende August Schwangerschaftsunterbrechung. Besserung des Allgemeinzustandes.)

30. *Ingraham, Pernicious vomiting of pregnancy. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 58. 1.

31. *Julchiero, A., Meiostagminreaktion und Schwangerschaft. Wiener klin. Wochenschrift. Nr. 43. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 45.

32. Keator, Harry Mayham, Transfusion in a case of toxemia of early pregnancy with inusual haemorrhagic manifestations. The Amer. Journ. of Obst. June. (Schwerster Fall von unstillbarem Erbrechen im dritten Monat der ersten Schwangerschaft, der jeglicher Behandlung trotzte. Künstlicher Abort wegen Verschlechterung des Allgemeinbefindens und Blutbrechens, Auftreten von Gelbfärbung der Haut und Purpura. Tamponade des Uterus an verschiedenen Tagen wegen starker Hämorrhagien. Schliesslich bei Versagen jeglicher Therapie Transfusion von Blut aus der Armarterie des Mannes. Danach schwerer Kollaps, aber dann bald Besserung des Allgemeinbefindens, des Blutdrucks, Reaktion des Uterus — Kontraktionen —, Wiederaufleben der gestörten Blasen- und Darmfunktion, Heilung.)
33. *Kaufmann, Über Schwangerschaftsautointoxikation. Vortrag in der Ärztl. Ges. in Lodz. Przeglad Lekarski. Nr. 4. p. 74. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
34. Klein, Bruno, Die Indikation des künstlichen Aborts bei Tuberkulose. Inaug.-Diss. Bonn. Febr.
35. Koteck, Thyreoidin bei Hyperemesis gravidarum. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 43. p. 2270.
36. Labusquière, Toxémie ou bactériémie. Ann. de Gyn. et d'obst. Juin. p. 357.
37. Lepage, Du prognostic éloigné de l'albuminurie chez les femmes enceintes. Ann. de Gyn. et d'obst. Oct. p. 577.
38. *Lorier, Le., Urodiagnostic et uroprognostic des vomissements graves de la grossesse. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Avril. La Presse méd. Nr. 39.
39. — La constante urémique chez la femme enceinte. Annales de Gyn. et d'obst. Oct. p. 632.
40. Martin, James H., The etiology of the excessive vomiting of pregnancy. The Brit. med. Journ. (Zusammenstellung der Ansichten über die Ätiologie des Schwangerschaftserbrechens.)
41. *Miura, M., Zur Therapie der Hyperemesis und der Eclampsia gravidarum. Aus den Notizen der physiolog. u. path. Forschung des Verf. Tokio 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23.
42. Murlin and Bailey, Eiweissstoffwechsel während der Schwangerschaft und im Puerperium. Journ. of Amer. Assoc. Oct. 26. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 48. (Die Verf. untersuchten auf Abweichungen im Eiweissstoffwechsel im präeklamptischen und eklamptischen Zustande. Es zeigte sich jedoch, dass durch Bestimmung der Stickstoffausscheidung präeklamptische Zustände nicht erkannt werden können.)
43. *Murray, Leith, Complement fixation in pregnancy. Liverpool Medico-Chirurgical Journ. Jan. Ref. Journ. of Obst. and Gyn. Sept.
44. Perazzi, P., Storia clinica e considerazioni sopra un caso di scialorrea gravidica. (Klinische Geschichte und Erwägungen über einen Fall von Speichelfluss in der Schwangerschaft.) Gazz. Ital. d. levatrici. Siena. Anno 1. p. 60. (Artom di Sant' Agnese.)
45. *Polak, J. O., Indications for and type of operation to select in toxemia of pregnancy. Journ. of Amer. med. Assoc. August 31.
46. Salin, M., Ein schwerer Fall von Hyperemesis gravidarum. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. Nr. 4. (Silas Lindquist.)
47. *Schirokauer, Hans, Zum Zuckerstoffwechsel in der Schwangerschaft. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 11. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 12.
48. *Seitz, L., Hyperemesis als Schwangerschaftsintoxikation. Deutsche med. Wochenschrift Nr. 15.
49. *Sergent, Emile, und Camille Lian, Die Rolle der Insuffizienz der Nebennieren bei unstillbarem Erbrechen der Schwangeren. Presse méd. Nr. 102.
50. *Swayne, W. C., Die klinische Bedeutung der Azidosis der Gravidität. Royal Soc. of Med., Obst. and Gyn. Sect. May 2. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 32.
51. Treub, Hector, Schwangerschaftshämaturie. Tijdschr. voor Geneesk. 10. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 39. (19 Fälle von Hämaturie in der Schwangerschaft, darunter ein Fall von Blasenblutung.)
52. Veiel, Fritz, Ein Beitrag zur Serumbehandlung der Schwangerschaftsdermatosen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 35. (36jährige Frau, die 1899 eine normale Gravidität durchgemacht, Juli 1899 wieder gravid, im März, sechsten Monat der zweiten Gravidität traten auf der Haut, besonders an den Armen und der Brust kleine juckende Knötchen auf, keine ärztliche Behandlung. April 1900 Niederkunft, am zweiten Tage danach schossen plötzlich unter Temperatursteigerung Blasen auf nicht geröteter

Haut auf, die wasserhell, durchschnittlich walnussgross waren, bis zur Grösse eines Apfels. Hauptsächlich lokalisiert auf Arme, Hände, Unterschenkel und Füsse. Am ganzen Körper Jucken, keine wesentliche Störung des Allgemeinbefindens trotz der anfänglich hohen Temperatur. Unter milder Salbenbehandlung Abheilung nach sieben Wochen. 1902, 1905, und 1907 normale Schwangerschaften 1909 lokalisierte Korneal- und Ziliartuberkulose des rechten Auges, die auf Tuberkulinkur abheilte. Anfang Januar 1911 wieder gravid, bis 7. Oktober 1911 keinerlei Beschwerden, da plötzlich Auftreten von etwa kirschkerngrossen Blasen an den Oberschenkeln, mit heftigem Jucken, in den nächsten 14 Tagen Aufschiessen neuer Blasen bis zur Grösse einer Kinderfaust, die meist rasch platzten. Innenfläche und Vorderseite beider Oberschenkel. In der Nähe der Genitalien, die selbst frei waren, sassen die grössten Blasen, auf der Haut des übrigen Körpers heftiges Jucken und serpiginöses Exanthem. Am 28. Oktober wurden der Patientin in die Nates 10 ccm Serum einer im neunten Monat Graviden injiziert, am nächsten Tag Jucken geringer, verschlimmerte sich aber bald wieder, am 3. November erneute Injektion von 20 ccm derselben Schwangeren. Darauf war der Zustand ganz verändert, Jucken verschwunden, es traten keine neuen Blasen auf. Rückkehr der Temperatur zur Norm und Abheilung der alten Blasen. 7. November Niederkunft glatt. Am dritten Tage des Wochenbettes plötzlich Fieber und neuer Nachschub von Blasen an den Oberschenkeln, die jedoch im weiteren Verlauf ohne neue Seruminjektion zurückgingen; 12. April vollständige Heilung. Bei Herpes gestationis ist in jedem Falle die Serumtherapie anzuwenden.)

53. *Ward, George Gray, A further Report on the relation of thyreoidism to the toxemia of pregnancy. The Amer. Journ. of Obst. August. p. 275.
54. *Waelsch, Veränderungen der Achselschweissdrüsen in der Schwangerschaft. Wiss. Ges. deutscher Ärzte in Böhmen. 23. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 12. p. 670.
55. *Williams, J. Whitridge, Further Contributions to our knowledge of the pernicious vomiting of pregnancy. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Nov. Vol. 22. 5.
56. — Is the toxic vomiting of pregnancy a clinical entity? The Amer. Journ. of Obst. May. p. 805.

Ward (53) unterscheidet zwei Formen von Toxämien in der Schwangerschaft, die in Beziehung zur Thyreoidea stehen: a) solche die nicht Graves Krankheit zeigen und eine ungenügende sekretorische Tätigkeit der Thyreoidea für die vermehrte Schwangerschaftstätigkeit der Leber, sie besteht in einer fehlenden Vergrösserung der Thyreoidea. Hypertrophie. b) mit Graves Krankheit kombiniert, die gewöhnlich schwere Störungen verursacht. Die Toxämien der ersten Gruppe werden günstig beeinflusst durch Gaben von Thyreoidsubstanz in trockener Form oder mit Serum. Bei der zweiten Gruppe liegt ein Hyper- oder Hypothyreoidismus zugrunde. Bei ersterem Falle: Milchdiät, Ruhe, Eis und Sedativa; bei Versagen dieser Mittel ein cytotoxisches Serum (Beebe und Rogers). Im letzteren Falle: Thyreoidsubstanz in trockener Form oder menschliche Thyreoidea in Kochsalzlösung zur subkutanen Injektion. Als Indikator dient die Bestimmung des Stickstoffs im Urin. Da die Geburt in solchen Fällen schwer eintritt und wenn Verengerungen des Beckens und derartige Geburtsstörungen von früheren Entbindungen bekannt sind, ist der elektive Kaiserschnitt am Platze.

Blodgett (4) unterscheidet zwei Arten von Toxämie in der Schwangerschaft, die eine urämischer Natur, die andere hervorgerufen durch eine ungenügende Funktion des Pankreas. Die urämische Form kann sich schnell und langsam entwickeln; im ersteren Falle besteht eine grössere Gefahr für das Kind, im zweiten für die Mutter. In gleichem Masse wie die stickstoffhaltige Nahrung vermindert wird, geht auch die Ausscheidung von Harnstoff zurück, deshalb muss man auch die stickstoffhaltige Nahrung einschränken und grosse Flüssigkeitsmengen verordnen. Reine Milchdiät ist nicht absolut erforderlich. Körperliche Übungen sind einzuschränken, da Bewegungen leicht einen Anfall auslösen. Strenge Überwachung der kindlichen Herztöne ist erforderlich, bei Schlechterwerden derselben künstliche Frühgeburt. Bei der schnell sich entwickelnden Form treten Kopfschmerzen, Nervenschmerzen und Schmerzen im Epigastrium auf, plötzlicher Appetit-

mangel und spärliche Urinausscheidung mit hohem spezifischem Gewicht. Dann sollte sofort die Geburt eingeleitet werden. Bei der pankreatischen Form tritt Nausea und Erbrechen ein, mit Azeton und Azetessigsäure im Urin. Bei tiefem Eindrücken auf den Pankreaskopf besteht daselbst Schmerzempfindlichkeit. Die Behandlung besteht in täglichen Gaben von 20—60 g Natronbikarbonat mit heissem oder kaltem Wasser, gelöst.

Brown (5) ist der Ansicht, dass die Schwangerschaftstoxämien auf einer Störung des Gleichgewichts zwischen den Kalksalzen und dem Natrium und Kaliumgehalt der Zelle beruhen. Wenn wie in dem einen von ihm beschriebenen Falle von unstillbarem Erbrechen im Urin Ammoniumnitrat und Azeton nachweisbar sind, so sind reichliche Gaben von milchsaurem Kalzium empfehlenswert. Der von ihm publizierte Fall besserte sich nach Versagen aller anderen Therapie sofort nach 2stündlichen Gaben von 30 g dieses Mittels. Bei der Behandlung der Eklampsie bevorzugt er Veratrum viride.

Auf Grund von Untersuchungen von 38 Fällen mit dem Instrument von Riva-Rocci oder dem diesen ähnlichen von Tycos über den Blutdruck bei Schwangerschaftstoxikosen, stellte Evans (13) folgendes fest. Die höchsten Blutdruckwerte (bis 200 mm Hg) fanden sich bei Eklampsie; unmittelbar vor den Anfällen schwankt der Blutdruck bei den meisten Fällen zwischen 170—190. Hoher Blutdruck ohne sonstige Zeichen einer Schwangerschaftstoxikämie braucht zu keiner Ängstlichkeit Veranlassung zu geben; sind aber Zeichen einer Toxikose, namentlich einer Leber- und Niereninsuffizienz vorhanden, dann bedarf der Blutdruck sorgfältiger Überwachung, und bei weiterem Ansteigen desselben hält Verf. 160 für die Grenze, wo man eingreifen soll, wenn nicht durch diätetische Massnahmen eine Erniedrigung des Druckes und Besserung der Organfunktionen zu erreichen ist. — Bei der Hyperemesis ist der Blutdruck zur Bestimmung des Grades der Toxämie nicht zu verwerten; es scheint allerdings, als ob hier bei Fortschreiten der Intoxikation Neigung zur Blutdrucksenkung besteht.

Grube und Reifferscheid (24) konnten durch Tierversuche nachweisen, dass der Alkoholauszug des Blutes trächtiger Kaninchen auf andere Kaninchen ohne Wirkung ist, während der Ätherauszug desselben Blutes kurz vor und nach dem Partus in den meisten Fällen stark toxisch wirkte und Lähmungen, Krämpfe und starke Herabsetzung des Blutdrucks bis zum Tode machte. Derselbe Auszug aufgekocht hatte dieselbe Wirkung. Der Ätherauszug des Blutes nichtträchtiger Kaninchen war für andere Kaninchen nicht giftig. Der Auszug des Blutes eines trächtigen Kaninches unmittelbar vor dem Partus, der für ein nichtträchtiges Kaninchen stark toxisch wirkte, war für ein trächtiges Kaninchen, das in wenigen Tagen werfen musste, nicht toxisch. Aus der Tatsache, dass die Substanz durch Auszug mit Äther gewonnen wurde, nach vorheriger Fällung des Blutes durch Alkohol, und aus der weiteren Tatsache, dass Aufkochen die Wirkung nicht aufhob, folgern die Verff., dass der von ihnen gefundene Giftstoff nicht zu den protoplasmatischen Substanzen gehört. Vielleicht bringen die Versuche der Eklampsiefragelösung etwas näher.

Während gewöhnlich der menschliche Körper kein Kreatin im Urin ausscheidet, scheidet die Frau in der Schwangerschaft normalerweise diesen Stoff aus. Hedley (25) berechnete die ausgeschiedene Menge in 10 ccm durchschnittlich im 3. Monat auf 1,1, im $3^1/_2$. Monat 2,2, im 4. Monat 1,2, im $4^1/_2$. Monat 1,8, im 5. Monat 2,5 mg. In einem Falle schwerer Toxämie fand er die Ausscheidung etwas niedriger als normal; in einem zweiten Falle bis zu 7,5 mg. Drei Albuminurien in der Schwangerschaft und eine chronische Nephritis zeigten keine von der Norm abweichenden Werte. Bei Eklampsien fand er eine Unterdrückung der Ausscheidung oder nur ganz geringe Werte. Die bakteriotoxischen Substanzen wirken direkt auf die Leber und bedingen eine vermehrte Ausscheidung von Kreatin, während die eklamptischen eine Verminderung oder eine Unterdrückung der Kreatinausscheidung zur Folge haben.

Die in der Schwangerschaft zu beobachtenden Neuritiden stehen nach Ducasse (11) in ätiologischem Zusammenhang mit der „intoxication gravidique“. Leichte Fälle sind am häufigsten lokalisiert im Lendenplexus und klinisch durch spontane Schmerzen mit Hyperästhesie und übertriebenen Reflexen der unteren Glieder zu erkennen. Unter den schweren, viel selteneren Formen findet man hauptsächlich die allgemeine Polyneuritis, oft mit Hyperemesis kompliziert und die Neuritis des Nerv. opt. Die Behandlung besteht in antitoxischer Diät (Milch) und Abführmitteln.

Nach den Beobachtungen von Freund (21) ist der Icterus gestationis stets als Teilerscheinung einer Graviditätstoxikose, zumal in Verbindung mit Albuminurie, Harnverminderung und hämorrhagischer Diathese als sehr ernste Erkrankung aufzufassen. Der Übergang von Giftstoffen führt zu schweren Schädigungen des Kindes. Wenn die Widerstandsfähigkeit des mütterlichen Organismus nicht zur Überwindung der schweren Vergiftung ausreicht, ist der Exitus mit Sicherheit zu erwarten. Für den dritten seiner Fälle, einem Fall von „Eklampsie ohne Krämpfe“ ist, um den strittigen Ausdruck zu vermeiden, „schwere Graviditätstoxikose“ angebracht. Da bei der Unkenntnis der hier wirkenden Giftstoffe bislang noch kein direktes Heilmittel existiert und lediglich der mütterliche Organismus allein imstande ist, der Vergiftung im geeigneten Falle Herr zu werden, so muss man bestrebt sein, so bald als möglich die Giftquelle — Kind mit Plazenta — zu entfernen. Das beste Heilmittel ist immer noch die sofortige Entbindung durch Ausschaltung der Geburtsarbeit mit nachfolgendem Aderlass.

Als Ergebnis seiner Untersuchungen über die klinische Bedeutung der Azidosis in der Schwangerschaft stellt Swayne (50) folgende Thesen auf: Bei Vorhandensein von Albuminurie in der Schwangerschaft ist es immer indiziert, auf Azetessigsäure und Azeton zu untersuchen und eventuell beim Fehlen dieser beiden Körper den Harnstoff und Ammoniakstickstoff zu bestimmen. Das Auftreten von Azetessigsäure und Azeton bestätigt die durch die Albuminurie angezeigte Gefahr der Eklampsie. Auch bei anderen eine Eklampsie anzeigenden Symptomen, wie heftiges Erbrechen oder Salivation, soll man auf Azetesssigsäure und Azeton fahnden und die Stickstoffbestimmungen ausführen. Bei dem unaufhaltsamen Erbrechen ist das Vorhandensein der Azidose nicht auf den Hungerzustand allein, sondern zum grössten Teile vielmehr auf eine Schwangerschaftstoxämie zurückzuführen. Die Säurebildung beim Diabetes ist im allgemeinen das Zeichen einer durch Mangel an Glykogen bedingten Fettzerstörung. Bei Schwangeren besteht wohl der gleiche Zusammenhang, aber bei der Darreichung von Glykose sieht man in solchen Fällen keine komplette Beseitigung der Azidose und auch keine Ausscheidung von Zucker im Urin.

Die Untersuchungen von Franz (19) über die Toxizität des menschlichen Harns ergaben, dass der Harn gesunder Schwangeren nicht oder weniger giftig ist als der anderer Menschen, kurz vor der Entbindung scheint die Toxizität etwas zu steigen. Sie pflegt in der Eröffnungszeit rasch zu steigen, das Maximum in der Austreibungszeit zu erreichen und in der Nachgeburtsperiode rasch abzufallen. Dasselbe Verhalten findet sich im wesentlichen auch bei der Geburt, wenn die Frucht abgestorben ist und bei der Ausstossung der Frucht, beim Abortus, bei uteriner und tubarer Gravidität. Der Harn der Wöchnerin ist etwas giftiger als der der Schwangeren und weniger giftig als während der Geburt, am 5. Tage des Wochenbettes scheint die Giftigkeit etwas vermehrt zu sein. Sehr toxisch wirkt der Harn Gebärender und Wöchnerinnen bei Urtikaria, ebenso bei Eklamptischen ohne und mit geringer Nierenschädigung, dagegen war die Toxizität mehr oder weniger herabgesetzt bei Nephritis gravidarum.

Erhöhter Ammoniakkoeffizient zeigt nach Drummond (10) eine schwere Veränderung im Stickstoffwechsel an. Er ist ein Indikator für die Schwere der Schwangerschaftstoxämie, diagnostisch wertvoll bei der Bestimmung des toxämischen

oder neurotoxischen Ursprungs der Schwangerschaftsstörungen und bei der akuten gelben Leberatrophie. Auf ihn ist in allen einschlägigen Fällen besonders genau zu achten.

Lorier (38) berichtet, dass im Urin Schwangerer mit schwerem Erbrechen behafteter Frauen sich konstant die Gerhardsche Reaktion zeigt. Er glaubt, dass diese Reaktion den Zeitpunkt erkennen lässt, wo die Erbrechen besonders schwer werden. Ausgehend von der Überlegung, dass die Reaktion auf einer allgemeinen Azidose beruht, schlägt er vor in schweren Fällen von unstillbarem Erbrechen intravenöse Injektionen von alkalischen Lösungen zu machen, nebenbei noch Injektionen von Serum normaler Schwangerer zuzufügen.

Bei Kaninchen konnte Schirokauer (47) in der Tragzeit eine bedeutende Erhöhung des Blutzuckers und demzufolge eine Glykosurie nachweisen. Aus seinen Versuchen bei schwangeren Frauen geht hervor, dass der Zuckerstoffwechsel in der Schwangerschaft infolge erhöhter Inanspruchnahme eine Schwächung erleidet. Aus diesem Grunde fordert er, dass bei Frauen, die in ihrem Zuckerhaushalt hereditär belastet sind, von Beginn der Gravidität an, der Zuckerstoffwechsel besonders sorgfältig überwacht werde.

Nach den Untersuchungen von Herrmann und Neumann (26) erfolgt im Blute Gravider in der Schwangerschaft eine Retention an Lipoiden. Im Wochenbett beginnt eine Ausscheidung von Lipoiden. Unter den Ausscheidungsquellen kommt der Brustdrüse die wichtigste Rolle zu; denn Nichtsäugende behalten die Lipoidämie länger.

Die Kobragiftpferdebluthämolyse wurde bei der Schwangerschaftsdiagnose von v. Graff und v. Zubrzycki (23) verwertet. Es stellte sich heraus, dass die Diagnose einer bestehenden Schwangerschaft erst mit Sicherheit vom Beginn des 4. Monats zu stellen und im Wochenbett bis etwa drei Wochen post partum positiv war. (Karzinomsera aktivieren die Kopragiftpferdebluthämolyse in über 70% der Fälle, Normalsera und Sera anderweitig Erkrankter nur in 10%. Die Reaktion ist für Karzinom diagnostisch nicht verwertbar, weil auch die operierten, jahrelang rezidivfreien Frauen stark aktivieren.

Bei seinen Untersuchungen über Komplementbindung durch Schwangerenserum bei Gegenwart von Plazentaantigen fand Murray (43) diese Reaktion mit Zottenantigen eines 2monatlichen Eies bei $2-2^1/_2$ Monate alten Schwangerschaften. Weiter entwickelte Normalplazenten, auch Eklampsieplazenten, ergaben negative Resultate. Ausgehend von der Überlegung, dass das normale Weib sich gegen ein Gift schützt, ähnlich einem Reptiliengift, verwandte er Kobragift und Schwangerenserum. Als Indikator wurden Schafblutkörperchen verwandt und nicht inaktiviertes Serum. In den späteren Monaten der Schwangerschaft zeigte ein grosser Prozentsatz Hemmung der Hämolyse.

Nach den Untersuchungen von Julchiero (31) ist die Meiostagminreaktion in der Schwangerschaft in der grossen Mehrzahl der Fälle positiv, ohne jedoch so hohe Werte zu erreichen, wie man sie bisweilen bei Kranken mit bösartigen Geschwülsten beobachtet. Dieses Verhalten des Blutserums der Schwangeren bestätigt einerseits den chemischen und biologischen Parallelismus zwischen Krebs und Schwangerschaft und beweist andererseits, dass die Meiostagminreaktion während der Gravidität für die Krebsdiagnose unbrauchbar ist.

In seinen früheren Veröffentlichungen über toxämisches Erbrechen in der Schwangerschaft hat Williams (55) besonders betont, dass bei Anwachsen des Ammoniakkoeffizienten, der unter normalen Verhältnissen in der Schwangerschaft 3—5% beträgt, über 10—15% die Gravidität sofort unterbrochen werden sollte. Seine weiteren Beobachtungen haben ihn aber zu einer Änderung seines damals vertretenen Standpunktes geführt. In allen Fällen von Schwangerschaftserbrechen ist der Hauptfaktor wahrscheinlich eine ungenügende Reaktion von seiten der Mutter dem wachsenden Ei gegenüber. Das ist in allen Fällen die prädisponierende

Ursache, ein reflektorischer oder nervöser Reiz ist das auslösende Moment. Die Unterscheidung der drei Typen: reflektorisches, nervöses und toxämisches Erbrechen bleibt zu Recht bestehen. Die nervöse Art ist die häufigste, die reflektorische die am wenigsten häufige und die toxämische die gefährlichste, hierbei finden sich charakteristische Veränderungen im Stoffwechsel. Die Bedeutung des Ammoniakkoeffizienten ist nicht spezifisch, die Erhöhung desselben ist eine Begleiterscheinung bei toxämischen Erbrechen, bei Hungerzuständen mit folgender Abmagerung und Azidosen auf verschiedener Basis. Sie ist als gefährliches Signal anzusehen, die Unterscheidung der verschiedenen Typen ist nur durch eine sorgfältige klinische Beobachtung möglich. Wenn aber einer geeigneten Behandlung des Schwangerschaftserbrechens mit ausgedehnten Nährklistieren vom Darm aus, Ruhe und anderen ähnlichen Behandlungsmethoden eine Besserung nicht folgt, so soll man doch toxämisches Erbrechen annehmen und bei gesteigertem Ammoniakkoeffizienten die Schwangerschaft unterbrechen. Bei Fehlen von Genitalveränderungen deutet ein niedriger Ammoniakkoeffizient nervöses Erbrechen an, und dieses kann mit Suggestion und diätetischer Behandlung geheilt werden, ganz gleich, in welch elender Verfassung sich die Patientin befindet. Bei Primiparen ist die vaginale Hysterotomie die konservativste Methode zur Entleerung des Uterus. Stickstoffoxydulnarkose oder Äther ist dabei dem Chloroform vorzuziehen, weil durch Chloroform ähnliche Schädigungen in der Leber und anderen Organen hervorgerufen werden wie durch die Toxämien.

Exchaquet (14) bringt eine Zusammenfassung der heutigen Ansichten über das Schwangerschaftserbrechen. In erster Linie soll man bei der Therapie nach einer organischen Ursache oder nach einem wirklichen Grund fahnden. Ist er gefunden, so soll man ihn behandeln. Wenn man nichts findet, so soll die Kranke aus ihrer gewöhnlichen Umgebung gebracht werden, eine eventuell absolute alimentäre Kost bekommen, mit Seruminjektionen und Nährklistieren. 24 bis 48 Stunden lang und damit in Verbindung therapeutische und psychotherapeutische Behandlung. Wenn trotzdem das Erbrechen nicht aufhört, Unterbrechung der Schwangerschaft nach Pinard'schen Prinzipien.

Dr. M. Bourcart ist der Ansicht, dass durch venöse Stasen im Gebiet der Pfortader ein direkter Einfluss auf den sympathischen Nervenplexus ausgeübt wird. Die Stase im Gebiet der Venen der Vena cava inf. kann noch verstärkt sein durch die Kompression der Vena cava inf. in der Gegend der Leber und rückwirken auf den gelben Körper und seine Entwickelung, dadurch eine anormale Kongestion des Ovariums bedingen, die ihrerseits wieder auf sympathische Nervenzentren Druck ausüben kann. Die Behandlung des Erbrechens in der Schwangerschaft — auf Grund dieser Hypothese — beruht in tiefen und wiederholten Inspirationen, die auf die Leberzirkulation einen Einfluss haben. 2. Manueller Vibrationsmassage unterhalb der Leber, die direkt auf die Pfortaderzirkulation und die Lebertätigkeit einwirken, 3. in der Massage oder direkten Kompression des Ganglien des Plexus coeliacus, eine Behandlung, die zurzeit die wirksamste und fast einzige darstellt. (Beschreibung der Methode.) — Diskussion: Beuttner berichtet über 11 schwere Fälle, in keinem einzigen wurde die Gravidität unterbrochen. Isolirung ist die Hauptsache. Das Verfahren von Schwarzenbach — wiederholte Ernährung während der Nacht — ist sehr empfehlenswert. Rapin-Muret hat dreimal die Gravidität unterbrechen müssen mit einem Todesfall. Er will von Hysterie dabei nichts wissen. — Rossier, Chassot, Andreae, Henneberg, Guerdjikoff, Bétrix (erwähnt einen Fall, in dem bei einer I para nach Einlegen einer Laminaria zur Einleitung des Aborts wegen unstillbaren Erbrechens drei Stunden später der Tod eintrat. Sektion verweigert).

Ingraham (30) hält das Schwangerschaftserbrechen für autotoxischen Ursprungs, der in Beziehung steht zu den innersekretorischen Drüsen (Thyreoidea, Parathyreoidea, Nebenniere). Die Leberveränderungen können das Urinbild nicht

erklären. Der Einfluss der Nerven macht sich insofern geltend, als die Nerven einen gewissen Einfluss auf die Drüsen ausüben. Der hohe Stickstoffgehalt und die gestörte Glykogenverbrennung in der Leber sind Indikationen für die Unterbrechung der Schwangerschaft. Dass die Eklampsie und das Schwangerschaftserbrechen reine toxische Prozesse sind, dagegen spricht das klinische Bild und die Leberveränderung. Ist ein geburtshilflicher Eingriff notwendig, so soll man wegen Gefahr der Leberschädigung Chloroform vermeiden. Dagegen ist es wohl berechtigt, da diese Erkrankungen in einem Zusammenhang mit Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Nebenniere stehen, einen Versuch mit der Medikation dieser Substanzen zu machen.

(Beschreibt einen Fall einer 29 jährigen IIpara, bei der bereits einmal wegen unstillbaren Erbrechens die Gravidität unterbrochen war. In der zweiten Schwangerschaft trat das Erbrechen wieder sehr heftig ein, es wurde ein Dermoid des Ovariums konstatiert und entfernt, wonach das Erbrechen einige Tage aufhörte. Dann trat es wieder auf und erst dann als man der Patientin bedeutet hatte, dass auf keinen Fall die Gravidität unterbrochen würde, verschwand endgültig das Erbrechen.)

Auf Grund des Vergleichs der schweren anatomischen Veränderungen bei Hyperemesis mit den Befunden der typischen und atypischen Eklampsie, die von jeher als das Prototyp einer Schwangerschaftstoxikose gegolten hat, kann Seitz (48) von der Hyperemesis nicht mehr annehmen, dass sie rein reflektorischer oder psychogener Natur ist. Wenn sich weiterhin die bisherigen günstigen Erfahrungen in der Behandlung der Hyperemesis mit der intravenösen Injektion von Serum gesunder Schwangerer bestätigen, so ist darin eine Stütze für den toxischen Ursprung der Krankeit gegeben.

Der Fall von Hirsch (29) — unstillbares Erbrechen bei Hämatometra — spricht für diejenige Erklärung der Hyperemesis gravidarum, welche die Ursache in der Ausdehnung des Uterus durch das Schwangerschaftsprodukt und das Erbrechen als reflektorischen Vorgang durch Vermittelung des sympathischen Nervensystems erblickt.

Das Symptom der Diaphragmaparese beweist Miura (41), dass es sich dabei um eine Intoxikation handelt, da er dieses auch bei Beri-Beri und Kakke beobachtet hat. Die bei letzteren Krankheiten vom Verf. angewandte Therapie hat sich auch bei Hyperemesis gut bewährt. Sie besteht in Blutentziehung (durch Blutegel) und Abführkur mit einer Magnesiumsulfatlösung. Im Beginn der Kur gibt Verf. auch noch Sulfonal mit Morphium, später Natr. bicarb. mit Takadiastasis.

Devraigne und Chirié (9) weisen an der Hand eines Falles mit Veränderung der Ovarien bei unstillbarem Erbrechen auf die These von Pottet hin, der diese Befunde für die Entstehung dieser Krankheitsform verantwortlich macht. Zur Aufrechterhaltung dieser Ansicht bedarf es jedoch des konstanten Befundes in den Fällen von unstillbarem Erbrechen.

Sergent und Lian (49) berichten, dass in einer Reihe von Fällen unstillbaren Erbrechens die Insuffizienz der Nebennieren eine Rolle spielt. Sie führen sechs Fälle an, in denen das unstillbare Erbrechen nach vergeblicher anderer Behandlung durch Darreichen von Nebennierenpräparaten beseitigt werden konnte. Vor Einleiten des künstlichen Aborts empfehlen sie daher erst eine Behandlung mit solchen Präparaten. Die Symptome, welche auf eine Beteiligung der Nebennieren hindeuten, sind besonders grosse Mattigkeit, lumboabdominale Schmerzen und eine geringe arteriielle Spannung.

In leichten Fällen von Schwangerschaftserbrechen ist nach Although (1) der Hauptwert auf eine geeignete Ernährung neben physikalischen Methoden zu legen. Frische Luft und geregelter Stuhlgang sind ausserordentlich wichtig. Fleischsuppen sind auszuschliessen. Das Frühstück besteht aus schwachem Tee oder Kakao mit Wasser zubereitet und Brot und Butter. Beim Diner ist etwas

grilliertes oder geröstetes Fleisch erlaubt mit etwas mehligen breiigen Kartoffeln, Reis, Makaroni, grünem Gemüse und Fruchtkompott. Das Abendbrot soll sehr leicht sein, mehlige Suppe, frisches Gemüse und Fruchtkompott. — Bei schwereren Fällen ist die Therapie 1. entgiftend: Nahrungsaufnahme durch den Mund ist zu untersagen und es sind Einläufe mit Kochsalz oder Wasser häufig in bestimmten Zwischenräumen zu geben, allmählich Milch beizugeben. In den Fällen, wo Milch nicht genommen wird, machen sie etwas Kaffe, Tee oder Cognac schmackhafter. 2. Sedativ: vollkommene Isolierung der Patientin und suggestiver Einfluss wirken auf die Patientin beruhigend. In einem Falle gelang es durch Aufstreichen von Kollodium mit Methylenblauzusatz auf die Magengegend Heilung zu erzielen. Auch der galvanische Strom, der + Pol an der Clavicula der — im Epigastrium aufgesetzt, bringen Erleichterung, 7 m. A. 15 Minuten lang. Als Arzneimittel gibt A. Chloralhydratklistier mit Milch und Eidotter, die zunächst etwas schmerzvoll sind, aber gut vertragen werden, mit ausgezeichnetem Resultat. 3. Opotherapie. 4. Serotherapie, beides Methoden, die noch nicht ausgebaut und nicht ganz ungefährlich sind. 5. Die Unterbrechung der Schwangerschaft, die Pinard in allen Fällen empfohlen hat, in denen der Puls andauernd über 100 Schläge in der Minute zeigt und die Patientin sehr herunterkommt. In einzelnen Fällen bringt schon die Einführung eines Laminariastiftes ins Os uteri Erfolg.

Schwangerschaftserbrechen, das der Behandlung mit Ruhe, Klistieren, Dextrosenahrung, Enteroklysen trotzen und bei dem die Patientin hohen Ammoniakgehalt des Urins darbieten oder Azetonurie mit einem hohen Puls von 100 oder mehr, zwingen nach Polak (45) zur Schwangerschaftsunterbrechung. Vor der Ausbildung der Plazenta ist die Ausschabung die Methode der Wahl, sonst bietet die Hysterotomia ant. entschiedene Vorteile. Der präeklamptische Status mit hohem Blutdruck, verminderter Urinausscheidung und ständiger Albuminurie, der diätetischenr und medikamentöser Behandlung unzugängig ist, rechtfertigt ebenfalls die Unterbrechung, auch hierbei sind die chirurgischen Massnahmen in der Hand eines geübten Operateurs erfolgreicher. Beim Ausbruch der Krämpfe und Koma hängt die Wahl der Entbindungsmethode von der Erweiterung des Muttermundes ab. Im allgemeinen ist auch hier der vaginale Kaiserschnitt die beste Methode.

Ausgehend von der Erfahrung, dass durch Bettruhe und Milchdiät Schwangerschaftsbeschwerden in günstiger Weise beeinflusst werden durch die gleichen Mittel, durch die man auch Kompensationsstörungen bei Herz- und Nierenleiden bessert, versuchte Hilferding-Hönigsberg (27) die Schwangerschaftsbeschwerden durch Herzmittel zu beheben. Sie berichtet über 54 sichere Schwangerschaftsfälle, die bei ihrer Behandlung geheilt wurden. Sie verwendet zumeist das Digitalis infus mit Menthol oder Liquor Ammon. anisat. als Korrigens (0,50—0,75—1,0 : 200,0 tgl. 5 Esslöffel). Die Wirkung trat ein nach 1—3 Tagen in 22 Fällen, nach 3 bis 5 Tagen in 6 Fällen, nach 5—7 Tagen in 5 Fällen, nach 7—9 Tagen in 2 Fällen, ohne Zeitangabe 12.

Waelsch (54) untersuchte bei 11 Frauen, die nach Abortus, in der Schwangerschaft oder im Wochenbett gestorben waren, die Achselhaut und fand in sämtlichen Fällen sehr bedeutende Erweiterungen der Achselschweissdrüsen durch Funktionssteigerung. Die Veränderungen waren immer gleichartig, nur verändert in ihrer Stärke durch die Zeit, zu welcher die Schwangerschaft unterbrochen wurde oder der Tod im Puerperium erfolgte. Die Funktionssteigerung dürfte gleichzeitig mit den ersten Schwangerschaftsveränderungen an der Milchdrüse, welche entwickelungsgeschichtlich in naher Beziehung zu den Schweissdrüsen der Achsel steht, auftreten.

Auf Grund seiner Forschungen kommt Aymerich (2) zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. In der mit Albuminurie komplizierten Schwangerschaft besteht Vermehrung der Neutrophilen und Verminderung der Eosinophilen.

2. Die Verminderung der Eosinophilen ist um so stärker, je grösser die im Urin enthaltene Albuminmenge ist.

3. Sowohl in der normalen Schwangerschaft, wie in der mit Albuminurie komplizierten besteht eine Verschiebung des Arnethschen neutrophilen Bildes nach links.

4. Diese Verschiebung ist weniger ausgeprägt in der mit Albuminurie komplizierten Schwangerschaft.

5. Die Verschiebung nach links steht nicht im Verhältnis mit der im Harn enthaltenen Albuminmenge.

6. Bei den albuminurischen Frauen ausserhalb der Schwangerschaft nähert sich die Leukozytenformel sowie das neutrophile Bild der Norm.

(Artom di Sant' Agnese.)

Gaifani (22) hat die Serumtherapie in 12 folgendermassen eingeteilten Fällen versucht, nämlich:

a) in zwei Formen von schwerem Erbrechen, begleitet von Albuminurie und in einem mit gleichzeitigem Ptialismus (bis 1000 g Speichel in 24 Stunden),
b) in einer verhältnismässig leichten Hyperemesis,
c) in einer Anämie vom Typus der A. perniciosa progressiva,
d) in sieben Fällen verschiedenartig schwerer Albuminurie und einem Fall von Eklampsie,
e) in einem Falle von Herpes gestationis.

Verf. benutzte stets menschliches Serum; ja nur viermal kam Serum von Nichtschwangeren zur Verwendung. Die anderen Injektionen wurden alle mit Serum von Schwangeren ausgeführt.

Übele Folgen waren niemals zu beklagen, ebensowenig lokale Entzündungen (die Einspritzungen sind durchaus schmerzlos), noch allgemeine Erscheinungen.

In erster Linie ist also daraus zu folgern, dass dieses Mittel nicht schadet.

Verf. hält eine grosse Vorsicht für angeraten in der Beurteilung der therapeutischen Wirksamkeit des Serums. Jedenfalls erscheint die gute Wirkung der Therapie in den Fällen I und III (Erbrechen) dem Verf. suggestiver. Weniger brillant waren sie im II. Falle, obwohl man sie nicht als gänzlich verfehlt betrachten kann, besonders des gleichzeitig bestehenden Ptialismus, der in diesem Falle wohl das hauptsächlichste Symptom darstellte, und welches gerade dasjenige war, welches die Serumeinspritzung am meisten zu empfinden schien. Ebenso drückt er sich lobend über die Serumtherapie in dem einzigen Falle von Dermatosis aus, in welchem er sogar eine höhere Wirkung des Serums der Schwangeren als der Nichtschwangeren wahrnehmen konnte.

Suggestiv ist auch der in dem Falle von Anamia perniciosa erzielte Erfolg.

Schwerer ist der Erfolg zu beurteilen in der Albuminurie, denn, wenn in einigen Fällen es schien, eine gewisse Wirkung annehmen zu müssen, so handelte es sich jedoch nie um eklatante Erfolge, die eine dauernde, endgültige Heilung zur Folge hatten. Es kam nie weiter als zu einer Besserung, die durch Verminderung der eventuellen subjektiven Erscheinungen (Kopfschmerz, Sehstörungen), durch Steigerung der Diuresis und Verminderung des Eiweissgehaltes dargestellt sind.

Im ganzen ist Verf. gut für die Serumtherapie eingenommen, und deren Unschädlichkeit wenigstens feststellend, rät er zur Anwendung derselben in ausgedehnterer Weise, um den wirklichen Wert derselben beurteilen zu können.

(Artom di Sant' Agnese.)

Kaufmann (33). Die Schwangerschaftsveränderungen im gesamten Organismus wurden früher auf nervöse Basis zurückgeführt oder auf mechanischen Druck bezogen. 1890 erklärte Kaltenbach die Hyperemesis für eine hysterische Erscheinung.

Heute sind diese Ansichten längst widerlegt und auf eine Schwangerschaftsautointoxikation bezogen. 1843 erklärte Lerer die Albuminurie für die Ursache der Eklampsie. Leyden sah die Ursache in entzündlichen Veränderungen des Nierenparenchyms, Frerichs in einem Druck auf die Nieren, Bamberger in einem auf die Ureteren ausgeübten Druck. Man identifizierte die Eklampsie mit Urämie. Als aber immer häufiger Eklampsieanfälle ohne Albuminurie beschrieben wurden, suchte man anderwärts nach der Ursache. Fehling beschuldigte Produkte, welche der Fötus liefere, Veit und Ascoli beschuldigten Syncitialzellen, Dienst Fibrinogen, andere in der Plazenta entstehende Fermente, Thies und Graefenberg Eiweiss fötalen Ursprungs, welches sich im Blute der Mutter blutfremd verhalte. Pathologisch-anatomisch konstatierte Veränderungen bei Hyperemesis gravidarum konstatiert von Amerikanern, Edgar, Williams, Mac-Donald, in Deutschland von Lindemann erwiesen eine Entartung des Parenchyms der Leber und Nieren, teilweise auch des Herzmuskels. In der Eklampsieforschung machte die Arbeit von Schmorl Aufsehen, welcher auf Grund von 73 Sektionsprotokollen nachwies, dass bei Eklampsie Embolien und Thrombosen entstehen, und in Verbindung damit grosse nekrotische Gewebsherde, besonders in den Nieren, der Leber und den Lungen.

Unentschieden ist es zurzeit, ob das Schwangerschaftstoxin ein einheitliches ist für die verschiedenen Störungen oder ein verschiedenes, ob z. B. dasselbe Toxin im Anfange der Schwangerschaft Hyperemesis und am Ende der Schwangerschaft Eklampsie hervorruft etc. Verf. führt zunächst eine Reihe kasuistischer Beispiele an: drei tödlich endende Fälle von Hyperemesis gravidarum von Czyzewicz, einen eigenen mit Birenzweig beobachteten Fall von Sialorrhoe und Herpes gestationis im 7. Monat, der, weil die Familie auf Schwangerschaftsunterbrechung nicht einging, tödlich endete, zu Anfang des 9. Monats einen Fall von künstlichem Abort im 3. Monate wegen Hyperemesis, in dem zwar das Erbrechen aufhörte, aber schwere Polyneuritis auftrat, welche die Kranke für zwei Monate an das Bett fesselte. Ferner führt Verf. einen Fall von Bluterbrechen am Schwangerschaftsende an bei einer 35 jährigen, welche nach bisheriger Euphorie vom 6. Monate an zu erbrechen begann. Abmagerung, gelbe Gesichtsfarbe, etwas Eiweiss im Harn, verminderte Chloride, vom 8. Monat an Schmerzen und bei jedem Schmerzanfall Erbrechen von 100—200 g schwarzer Massen. Am Schwangerschaftsende mazerierte Zwillinge geboren. Das Erbrechen hörte aber auch jetzt nicht auf. Temperatur unternormal, später normal. Am vierten Tage post partum hörte das Erbrechen auf, aber es traten Unruhe und Halluzinationen ein. Am 5. Tage + 37,5° C, Puls 102, beiderseitige Parotitis. Am 6. Tage + 38,5° C und in der Nacht darauf Tod. Verf. erwähnt ferner von Schmorl beschriebene Fälle von Eklampsie ohne Konvulsionen. Für das Eintreten der Intoxikationen macht Verf. die Drüsen mit innerer Sekretion verantwortlich. Das Sekret der Nebennieren und der Glandula pituitaria erhöhen den Blutdruck, das Sekret der Schilddrüse und der Ovarien setzen ihn herab. Während der Schwangerschaft soll die Tätigkeit dieser sämtlichen Drüsen eine erhöhte sein, unter Volumzunahme der Drüsen selbst. Wird der physiologische Antagonismus der beiden Drüsengruppen aus irgend welchem Grunde gestört, so dass die Wirkungen sich nicht ausgleichen, so soll die Intoxikation auftreten. Die Wechselwirkung der Drüsen wird sofort gestört, wenn z. B. die eine Drüsenkategorie in der Schwangerschaft entsprechend hypertrophiert, die andere im Wachstum nicht Schritt hält, was eine minderwertige Leistung ergibt. Ungenügendes Wachstum der Schilddrüse wurde für Hyperemesis und Eklampsie beschuldigt. Die Prognose der Hyperemesis ist im allgemeinen keine günstige. Nach Cohnstein hört in 60% der Fälle das Erbrechen nicht auf trotz Unterbrechung der Schwangerschaft und 12% der Fälle enden tödlich trotz künstlichen Abortes. Die Prognose bei Eklampsie hat sich dagegen gebessert, dank der modernen chirurgischen Geburtshilfe. Für die Behandlung der Hyperemesis gibt meist die Methode von Kaltenbach gute Resultate, trotzdem heute nicht mehr

Hysterie als Ursache des Erbrechens angesehen wird. Thyreoidin wirkt zuweilen gut gegen Hyperemesis. Der künstliche Abort gilt als Ultimum refugium. Wir haben aber keine strikten Anzeigen, wann derselbe eingeleitet werden soll. Die einen verlangen den Abort sofort, wenn der Puls 100 überschreitet, andere bei progressiver Abmagerung. Das gibt aber kein Kriterium dafür ab, wie weit etwaige Veränderungen bereits im Parenchym der Nieren und Leber bestehen. Bei Vorboten von Eklampsie soll Thyreoidin gut wirken. Die Zukunft wird wohl der Injektion von Serum gesunder Schwangerer gehören. In der Diskussion erwähnt Maybaum, bei den Blutungen infolge Toxikose seien die Schleimhäute mit ganz kleinen Geschwüren (Ulcus cula Virchows) besät, welche nicht zur Ausheilung gelangen könnend, den Tod herbeiführen und treten hauptsächlich auf bei allgemeinen Infektionen, Sepsis, Tuberkulose, Eklampsie und Pneumonien.

(v. Neugebauer.)

Infektionskrankheiten in der Gravidität.

1. Adler, Otto, Über die Totalexstirpation des graviden Uterus und der beiderseitigen Adnexe wegen Tuberkulose der Lungen. Inaug.-Diss. Würzburg. Jan.
2. *Audebert et Berny, Salvarsan et grossesse. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris. Déc. Nr. 9. p. 1056.
3. Bacon, Charles S., Pulmonary Tuberculosis as an obstetric complication. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 59. Nr. 25. Déc. 21. (Zusammenfassendes Referat mit anschliessender Diskussion.)
4. *Bar, P., Résultats données par le néo-salvarsan à la clinique Tarnier. Bull. de la Soc., d'obst. et de Gyn. Juillet.
5. *v. Bardeleben, Lungentuberkulose und Schwangerschaft. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 37.
6. Baumgarten, Egmont, Gégetuberculosis és müvi abortus. Budapesti Orvosi Ujság. Nr. 1. (Bericht über zwei Fälle von Kehlkopftuberkulose, welche im Anschluss an eine Schwangerschaft letal endeten und einen, in welchem die Unterbrechung der Schwangerschaft zur Heilung verhalf. In solchen Fällen ist der künstliche Abortus strengstens indiziert!) (Temesváry.)
7. *Bonnet-Laborderie, Pathogénie de la mort subit „immédiate" des fetus syphilitiques. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris. Nov. 8. p. 882.
8. *Brindeau, Behandlung von Tuberkulose und Schwangerschaft. Journ. de méd. de Paris. Juni 29. Ref. the Amer. Journ. of Obst. Oct.
9. Chitrow, Morbus maculosus Werlhofii bei einer Schwangeren. Prakt. Wratsch. Nr. 18.
10. *Cohn, Leo, Tuberkulose und Schwangerschaft. Beitr. z. Klinik d. Tuberkulose. Bd. 21. 1. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 8.
11. *Colombet, Einleitung der Geburt bei tuberkulösen Frauen. Thèse de Lyon. Nr. 71. Jan. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. May.
12. Colombert, J., Lungentuberkulose und Schwangerschaft. Gazette des hôp. Nr. 85. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 37.
13. Daunay, Wassermannsche Reaktion in der Schwangerschaft und beim Fötus. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Avril.
14. Delassus, Péritonite tuberculeuse, opérée deux fois, suivie de grossesse normale. La Bull. de la Soc., d'obst. et de Gyn. de Paris. Nov. 8. p. 898. (29jährige, seit fünf Jahren steril verheiratete Frau erkrankte an einer tuberkulösen Peritonitis mit typischen Allgemeinerscheinungen. Zunächst Punktion des Abdomens, dann Laparotomie, wobei deutlich die tuberkulösen Veränderungen nachgewiesen wurden, tuberkulöse Veränderungen im grossen Netz etc. Eine zweite Laparotomie wurde notwendig wegen einer Bauchhernie, hierbei zeigte sich schon eine auffallende Besserung der tuberkulösen Peritonitis. 18 Monate später kam die Frau vollkommen normal mit acht Pfund schwerem Kind nieder und befindet sich seitdem wohl. Es ist der erste beschriebene Fall von geheilter tuberkulöser Peritonitis mit nachfolgender Schwangerschaft, der auch beweist, dass die Schwangerschaft eine bestehende Tuberkulose nicht immer zu verschlimmern braucht, im Gegenteil heilend wirken kann.)

15. *Engman, Martin E., The pathogenesis of placental Syphilis. The Journ. of Amer. Med. Assoc. May.
16. *Everke, Über Tuberkulose und Schwangerschaft. 84. Versamml. deutscher Naturf. und Ärzte.
17. *Fabre et Bourret, Injections de Salvarsan chez la femme enceinte. Soc. obst. de France. 10—12 Oct. Ref. La Presse méd. Nr. 97.
18. *Fehling, Über Tuberkulose und Schwangerschaft. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. Heft 4.
19. *Girauld et Tissier, Quatre observations de 606 au cours de la grossesse. Bull. de la Soc., d'obst. et de Gyn. de Paris. Nr. 3. Mars. (Bericht über vier mit Salvarsan behandelte Fälle in der Schwangerschaft. I. 22jährige Ipara mit sekundärer Syphilis, deren Beginn mit dem Beginn der Gravidität zusammenfällt, erhielt im sechsten Monat innerhalb von acht Tagen 1 Gramm Salvarsan. 34 Tage nach der letzten Injektion waren die Herztöne nicht mehr vorhanden, Geburt eines toten Föt 14 Tage später. II. Fall. 22jährige IVpara akquirierte 16 Monate vor der Gravidität eine Lues und wurde mit Injektionen und Quecksilberpillen behandelt. Während der Schwangerschaft erhielt sie in 14 Tagen 1,10 g Salvarsan. Geburt eines lebenden Kindes am Ende der Gravidität mit negativem Wassermann, das Kind zeigte sechs Monate nach seiner Geburt keine Zeichen von Lues. — III. Fall. 18jähriges Mädchen mit ausgesprochenen Erscheinungen sekundärer Lues erhielt im Dezember 1910 0,8 g Salvarsan. Sofortiges Verschwinden der luetischen Papeln etc. Februar 1911 Rezidiv, 1,0 g Salvarsan intravenös. Im April wird eine Gravidität von 3½ Monaten bei ihr konstatiert. Wassermann +. Von Mitte Mai bis Mitte August fünf Injektionen von insgesamt 2,55 g Salvarsan. Wassermann —. Am Ende des neunten Monats lebendes Kind 2880 g schwer. Wassermann +. Das Kind starb nach sechs Wochen an Pädatrophie. In den Organen keine Spirochäten nachweisbar. — IV. Fall. 22jährige Patientin akquirierte acht Monate vor ihrer Schwangerschaft eine Lues und wurde im ganzen mit 2,80 g Salvarsan behandelt. Bei Beginn der Gravidität keine Zeichen von Syphilis, Injektion von 0,9 g Salvarsan. Niederkunft nahe am Ende der Schwangerschaft mit lebendem Kind, das mit steigender Gewichtskurve entlassen wurde. Negativer Wassermann.)
20. Jaeger, F., Über einen Fall von Cystitis gonorrhoica bei einer Schwangeren. Zeitschrift f. gyn. Urol. p. 165. (IIgravida im neunten Monat. Die Ursache der Erkrankung ist wohl zu suchen in der Gravidität und der dadurch bedingten Hyperämie.)
21. Jeanselme, Traitément systématique des Femmes syphilitiques enceintes par le salvarsan. Soc. franç. de Dermat. et de syphilidographie. 5. Déc. Ref. La Presse méd. Nr. 103. (Jeanselme hat in seiner Anstalt 14 Frauen im Sekundärstadium der Lues zu verschiedenen Schwangerschaftszeiten behandelt, alle haben lebende Kinder zur Welt gebracht, die acht Tage nach der Geburt am Leben waren. Vier sind an anderen Krankheiten als der Syphilis verstorben. Zwei syphilitische Frauen mit Erkrankungen älteren Datums, die bisher nur Fehlgeburten gehabt oder tote Kinder zur Welt gebracht, haben nach Salvarsanbehandlung lebende Kinder bekommen. Daraus ergibt sich, dass die Salvarsanbehandlung der Quecksilber- oder gemischten Behandlung überlegen ist, der es im allgemeinen nicht gelingt, die Kinder bis zum Endtermin zu erhalten, sondern bei der fast stets vorzeitige Ausstossung der Früchte erfolgt.)
22. Kalmanowitsch, Frida, Einfluss der Schwangerschaft und Geburt auf die Tuberkulose. Inaug.-Diss. Strassburg. Jan. 1911.
23. *Klein, Bruno, Die Indikationen des artefiziellen Abortes bei Tuberkulose. Inaug.-Diss. Bonn.
24. *Lameland et Brisson, 52 Beobachtungen an Frauen mit Salvarsan und Neosalvarsan behandelt (Klinik Tarnier). Soc. obst. de France. 10—12 Oct. La Presse méd. Nr. 97. p. 991.
25. Lance, Un cas de grossesse normale chez une malade atteinte huit mois auparavant de salpingite double et de pelvi-péritonite aigues traitées médicalement. Soc. de chir. de Paris. La Presse méd. Nr. 20.
26. Levis, Harold J., Salvarsan in pregnancy. Journ. of Amer. Med. Assoc. August 24. p. 622. (30jährige Frau hatte zwei normale Schwangerschaften durchgemacht und gesunde Kinder geboren Im vierten Monat ihrer dritten Gravidität akquirierte der Mann Lues. Die Patientin erhielt im achten Monat 0,6 g Salvarsan und drei Wochen später nochmals. Am Tage nach der letzten Injektion gebar sie gesunde Zwillinge, die auch sechs Wochen später keine Zeichen von hereditärer Lues boten.)

27. *Mangiagalli, Malattie infettive e gravidanza. Sifilide e gravidanza (conferenza). (Infektionskrankheiten und Schwangerschaft. Lues und Schwangerschaft [Vortrag].) Arte Ostetrica. Milano. Anno XXVI. p. 3—17. (Artom di Sant' Agnese.)
28. Martin, A., Über die Zweckmässigkeit der Unterbrechung der Schwangerschaft im Verlaufe der Lungentuberkulose. Samml. klin. Vortr. Nr. 665.
29. *Miller, W. Th., Syphilis in der Schwangerschaft. Cleveland med. Journ. July. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51.
30. Oui, Injection de 606 au cours du dernier mois de la grossesse. Bull. de la soc. d'obst. de Paris etc. Nr. 9. 1911. (10 Tage vor der Niederkunft spritzte Oui einer mit breiten Kondylomen an der Vulva behafteten Schwangeren ohne jeden Nachteil 0,04 g Salvarsan ein, die Patientin kam zur rechten Zeit nieder, das Kind, ebenso die Mutter wiesen nach mehr als sechs Monaten keinerlei Erscheinungen von Lues auf.)
31. — Injection of Salvarsan in pregnancy. Echo méd. March 24. Ref. The Brit. med. Journ. May 11. (IIIpara, die von ihrem gesunden Gatten zwei gesunde Kinder geboren hatte. Im neunten Monat der Schwangerschaft kam sie in Behandlung und wurde mit Salvarsan gespritzt (0,04 g). Sie war anscheinend bald nach dem Beginn der Gravidität durch Essgeschirr einer dritten Person angesteckt und hatte dann ihren Gatten infiziert. Sie gebar am Ende der Schwangerschaft ein gesundes Kind von 4380 g. Sechs Wochen nach ihrer Niederkunft hatte die Mutter eine zweite Salvarsaninjektion erhalten. Acht Monate nach der Entbindung zeigte die Frau keine Erscheinungen von Syphilis, ebensowenig das Kind noch 14 Monate nach der Geburt. Irgend welche schädlichen Wirkungen hat die Salvarsaninjektion kurz vor der Niederkunft nicht gehabt.)
32. Pamard, Traitement de la syphilis chez les femmes enceintes. Acad. de méd. 19 Mars. Ref. La Presse méd. Nr. 23. (Bericht über vier lange Zeit beobachtete Fälle. Dreimal hatten die Frauen luetische Kinder geboren, ohne selbst Zeichen der Lues geboten zu haben. Nach Quecksilberbehandlung gebaren sie gesunde Kinder. Pamard glaubt, dass die Uterusschleimhaut infiziert war, sie haben in der Folgezeit keine Zeichen von Syphilis geboten, während die Ehemänner öfters schwere Erscheinungen zeigten. Da er keinen Misserfolg von der Quecksilberbehandlung gesehen, glaubt er sich nicht verpflichtet, diese Behandlung durch Salvarsan ersetzen zu müssen. Pinard ist der Ansicht, dass die Lues viel häufiger vom Vater als von der Mutter stammt; weiterhin, dass der Ehemann vor allem vor der Zeugung, die Mutter während der Schwangerschaft behandelt werden soll. Er führt ein Beispiel an, in dem eine Frau mit dem ersten Manne zwei gesunde Kinder hatte, mit dem zweiten zwei luetische Fehlgeburten im 5.—6. Monat; mit einem dritten wieder zwei normale Geburten mit vollkommen gesunden Kindern. Balzer hat niemals gesehen, dass Frauen luetische Kinder geboren haben, ohne selbst syphilitisch zu sein, einige haben allerdings erst sehr spät Zeichen von Lues dargeboten. Bar hat oft Frauen gesehen die von luetischen Männern luetische Kinder gezeugt haben, mit Plaques muceuses ohne Schanker, ebenso Frauen mit Späterscheinungen, ohne je kontagiöse Symptome gezeigt zu haben. Eine Frau gebar einen luetischen Föt mit Spirochäten etc., ohne selbst syphilitische Krankheitssymptome zu haben, mit negativem Wassermann. In anderen Fällen ist die Wassermannreaktion beim Föt viel stärker als bei der Mutter. Hierbei hat man sich zu fragen, ob die schwächere Reaktion bei der Mutter nicht das Resultat einer passiven Immunisierung ist. Endlich erinnert Bar daran, dass die Wassermannreaktion oft wechseln kann. Man kann auf eine passive Immunisierung fahnden, wenn die positive Wassermannreaktion leicht nach der negativen umschlägt; das kann man leicht auch mit der Salvarsanbehandlung konstatieren.)
33. Pausut, Henri, Beitrag zur Syphilis schwangerer Frauen. Revue mens. de gyn. et d'obst. et de péd. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51. (Ein junges Mädchen wird von einem Syphilitiker geschwängert. Sie selbst wird nicht infiziert, bringt aber ein totfaules, syphilitisches Kind zur Welt. Später Heirat mit einem gesunden Manne, Geburt eines gesunden Kindes, nach einem Jahre Geburt eines zweiten gesunden Kindes. Darauf infiziert sich die Frau bei einem dritten Manne und zeigt Zeichen einer frischen Lues. Dieser Fall beweist, dass ein syphilitischer Mann ein syphilitisches Kind zeugen kann, während die Mutter gesund bleibt, ferner dass eine gesunde Frau, die ein syphilitisches Kind zur Welt bringt, von diesem nicht angesteckt zu werden braucht.)
34. *Pinard, Künstlicher Abort wegen Tuberkulose. Annal. de Gyn. Juni. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 29.

35. *Sauvage, De l'emploi de Salvarsan chez les femmes enceintes syphilitiques. Soc. obst. de France. 10—12 Oct. Ref. La Presse méd. Nr. 97.
36. Sbilinsky, Unterbrechung der Schwangerschaft nach Salvarsaninjektion. Wratsch. Gaz. Nr. 27. (Zwei Stunden nach der Injektion begannen Wehen, nach weiteren zwei Stunden fing Patientin an zu bluten und es folgte ein zweimonatlicher Abort.) (H. Jentter.)
37. *Stöckel, Totalexstirpation des graviden Uterus mens. V. wegen Tuberkulose der Lungen und des Kehlkopfes. Med. Ges. zu Kiel. 25. Juli. Ref. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 46. (Auffallend ist, dass es möglich ist einen Uterus im fünften Monat der Gravidität unversehrt durch die Vagina zu exstirpieren. Weiterhin fand Stöckel an dem aufgeschnittenen Präparat eine dreimalige Umschlingung der Nabelschnur am Föt. Diesen Befund hat er bei den meisten totalexstirpierten graviden Uteri gefunden und erklärt die Entstehung so, dass während der Operation der mehr oder weniger asphyktische Föt lebhafte Bewegungen ausführt.)
38. *Szily, Paul v., Prophylaxe des luetischen Abortes und der Säuglingssyphilis. Wiener med. Wochenschr. Nr. 49.
39. *Tissier, Quatre observations de femmes traitées par le 606 pendant la grossesse. La Presse méd. Nr. 24. (In einem Falle starb das Kind vor der Entbindung, in den anderen kamen die Kinder lebend zur Welt.)
40. *Wiedenmann, Th., Die Beziehungen zwischen Tuberkulose und Schwangerschaft nach dem Material der Giessener Frauenklinik. Inaug.-Diss. Giessen. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 50.
41. Wildner, Oscar, Die Beziehungen der Gravidität zur Tuberkulose, speziell zur Larynxtuberkulose. Inaug.-Diss. Würzburg 1911.
42. Yahoulo, Mort d'une femme enceinte à la suite d'une injection intraveineuse de 606. Gaz. méd. d'Orient. Tome 57. Nr. 4. Juin. Ref. La Presse méd. Nr. 79. (Bei einer 25jährigen luetischen Frau, 6½ Monate Gravida, wurde am 17. Dezember 1911 eine intravenöse Injektion von 0,4 g Salvarsan gemacht. Drei Stunden später Schüttelfrost, Nausea, Palpitationen und Fieber —38,2, die bald nachlassen, um am 20. Dezember wieder aufzutreten. Der Kopfschmerz wird stärker, Bewusstlosigkeit. 21. Dezember Koma vollständig: keine Pupillenreaktion, Paralyse der Extremitäten und Sphinkteren, stertoröses Atmen, 38,6. Vollständiges Bild einer Gehirnapoplexie; 22. Dezember derselbe Zustand, Cheyne-Stokessches Atmen, kleiner, fadenförmiger Puls 120, Temperatur 40,2. Beträchtliche Gesichtszyanose, Urin frei von Albumen, Aderlass von 200 g. Tod.)
43. Zacharias, Junges Ei, gewonnen bei vaginaler Korpusexzision nach v. Bardeleben. Nürnberger med. Ges. 8. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 33. (Zacharias bevorzugt bei Unterbrechung der Schwangerschaft wegen Tuberkulose, die er stets mit Tubensterilisation verbindet, die Sterilisation durch den Leistenkanal. In diesem Falle hat er nach v. Bardeleben operiert mit Modifikation nach Rieck. Das Ei entstammt dem zweiten Monat, Embryo 15 mm lang. Die Periode trat nach genau vier Wochen wieder ein, drei Tage lang in geringer Stärke.)

v. Bardeleben (5) weist in einem zusammenfassenden Referat nochmals auf die Indikationen zur Unterbrechung der Schwangerschaft bei Tuberkulose hin. Alte augeheilte, latente inaktive Prozesse an den Lungen sind keine Indikationen zur künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung, sie bedürfen aber der ständigen Überwachung, weil auch in den späteren Monaten zuweilen eine Reaktivierung stattfinden kann, welche einen sofortigen Eingriff notwendig macht. Bei aktiv manifesten Tuberkulosen ist die sofortige Schwangerschaftsunterbrechung geboten und zwar genügt die einfache Entleerung des Fruchthalters bei einfachen unkomplizierten Spitzenaffektionen bis zum 4. Monat. In allen anderen Fällen von Lungentuberkulose ausser den einfachen Spitzenkatarrhen, ferner auch bei Spitzenkatarrhen in den späteren Graviditätsmonaten ist die einfache Schwangerschaftsunterbrechung unzureichend. Wir müssen hier zugleich die Plazentarstelle durch Korpusexzision mitherausnehmen, weshalb dieser Eingrift für diese Fälle, im Interesse der Erhaltung des mütterlichen Lebens dringend angezeigt ist.

Brindeau (8) ist der Ansicht, dass die Schwangerschaft die Tuberkulose umsomehr verschlimmert, je weiter die Tuberkulose zu Beginn der Gravidität fort-

geschritten ist. Da nach neueren Theorien die Tuberkulose durch Kalziumarmut charakterisiert ist, so soll die Mutter dem Kind zu seiner Entwicklung reichlich Kalzium mit auf den Weg geben, da viele Neugeborene von tuberkulösen Müttern bald nach der Geburt sterben. Eine frühzeitige Unterbrechung der Gravidität liegt im Interesse der Mutter, möglichst vor dem 3. Monat. Wenn die Schwangerschaft diesen überschritten hat, so soll man abwarten und durch roborierende Diät nach Möglichkeit kräftigend wirken.

Aus der Posener Fürsorgestelle für Tuberkulöse hat Cohn (10) in den letzten 4 Jahren 58 Fälle genauer beobachtet und beschrieben, und Untersuchungen zur Klärung der Beziehungen zwischen Tuberkulose und Schwangerschaft angestellt. In 53 Fällen blieb der Verlauf der tuberkulösen Erkrankung derselbe, sowohl während der Schwangerschaft als auch nach der Geburt. Auch in den restierenden 5 Fällen lässt sich nicht mit Sicherheit feststellen, ob die Schwangerschaft der wirkliche Grund der (mehrmals erst nach 1 Jahr einsetzenden) Verschlimmerung waren. Längeres Stillen beeinflusst den Ernährungszustand und das Allgemeinbefinden sicher ungünstig, weniger ungünstig den Lungenbefund.

Colombet (11) empfiehlt, entsprechend den Anschauungen von Voron-Lyon, die Einleitung des Abortes bei Lungentuberkulose dann, wenn die Affektion der Mutter gutartig und heilbar ist, im ersten Drittel der Gravidität. Ist der Prozess zu weit vorgeschritten, so soll das Kind ausgetragen oder in seinem Interesse die Frühgeburt eingeleitet werden. Das Neugeborene soll nicht von der Mutter genährt, sondern möglichst sofort in eine gesunde Umgebung versetzt werden.

Bei manifester Tuberkulose befürwortet Everke (16) möglichst frühzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft. Auch bei latenter Tuberkulose soll in Anbetracht der Aufflackerung nicht zu lange gewartet werden, wenn schon Kinder da sind. In kinderreichen Ehen ist Everke für die gleichzeitige Sterilisation, um dauernd die Frau vor den Gefahren der Gravidität zu schützen und ihnen die Angst vor weiterer Konzeption zu nehmen. Als Methode empfiehlt Everke die vaginale Totalexstirpation des uneröffneten Uterus, ev. mit Entfernung der Adnexe nach Bumm, bei der Everke keine schweren Ausfallserscheinungen gesehen hat. In der Diskussion tritt Pankow nicht für Unterbrechung bei latenter Tuberkulose ein, sondern für Abwarten und sorgfältige Beobachtung. Es kann hierbei auch noch in der zweiten Hälfte, wenn eine Verschlimmerung eintritt, eingegriffen werden, dabei soll man gleichzeitig eine Tubensterilisation vornehmen, nicht die Totalexstirpation. Füth empfiehlt die vaginale Korpusamputation. Schauta vaginale Unterbindung der Tube ohne Hervorwälzung des Uterus. Everke hält die einfache Tubenunterbindung nicht für genügend sicher gegen erneute Konzeption.

Fehling (18) verficht die allgemein üblichen Ansichten über Tuberkulose und Schwangerschaft, er warnt zur Vorsicht im aktiven Vorgehen bei Fieber wegen ev. Verschlimmerung. Als einfachstes und schonendstes Vorgehen bei Einleitung des Abortes sieht er die Laminariadilatation und Ausräumung nach 24 Stunden an. Gegen weitere Schwangerschaften doppelseitige Salpingektomie p. lap. und vor allem die vaginale Totalexstirpation des Uterus zum Wegfall der Blutungen und Eintritt klimakterischen Fettansatzes. Er spricht sich gegen das Eheverbot der Tuberkulösen aus und tritt für ev. antikonzeptionelle Mittel in Gestalt von Spülungen nach dem Verkehr aus.

Der Abort scheint nach den Untersuchungen Kleins (23) an dem Material der Bonner Frauenklinik in den letzten 15 Jahren nur da berechtigt, wo es sich um floride, stark progrediente Formen der Tuberkulose handelt — sei es, dass sie während der Gravidität neu entstanden ist oder wieder aufflackert —, ferner in allen Fällen, wo Fieber, Hämoptoe oder sonst eine Komplikation, Kehlkopftuberkulose, aufgetreten ist. Möglichst frühe Einleitung des Abortes wertvoll. Auch da ist der Abort berechtigt, wo in früheren Schwangerschaften eine Verschlechterung aufgetreten ohne dazwischen-

liegende Besserung. In der zweiten Hälfte kommt der Abort nur aus vitaler Indikation in Frage. Bei Tuberkulosen, die zum ersten Male in der Schwangerschaft auftreten, ist der Abort nicht ohne weiteres indiziert, besonders nicht unter günstigen Lebensbedingungen. Vor jeder Einleitung des Aborts Konzilium.

Pinard (34) spricht sich entschieden gegen den therapeutischen Wert der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft bei Lungentuberkulose aus und befürwortet für die Behandlung solcher Schwangeren nur die Behandlung der Tuberkulose mit allen zu Gebote stehenden Mitteln, die das mütterliche Leben und die fortschreitende Entwickelung der Schwangerschaft verlängern.

Stöckel (37) hält bei einem aktiv fortschreitenden Prozess der Lungentuberkulose, kombiniert mit Larynxtuberkulose, die vaginale Totalexstirpation des Uterus für das richtigere Verfahren, 1. weil es in solchen Fällen das beste Sterilisierungsverfahren ist, 2. weil es eine erhebliche Unterstützung für die Ausheilung des tukerkulösen Prozesses gewährt, insofern als die oft und auch in dem von ihm erlebten Falle sehr starken Menstruationsblutungen dadurch ausgeschaltet werden. Auch von der Wichtigkeit der Mitentfernung der Ovarien bei Fällen von Fettschwund ist Stöckel überzeugt.

Wiedenmann (40) hat das Material der Giessener Frauenklinik im Hinblick auf die Beziehungen zwischen Schwangerschaft und Tuberkulose zusammengestellt und kommt zum Schluss, dass die Unterbrechung der Gravidität angezeigt ist, wenn die klinische Diagnose „aktive Tuberkulose" sichergestellt ist. Die Unterbrechung soll in der ersten Hälfte der Schwangerschaft, spätestens bis zum 4. Monat erfolgen. In der zweiten Schwangerschaftshälfte ist die Unterbrechung besser zu unterlassen.

Mangiagalli (27) gibt eine zusammenhängende Übersicht über die Beziehungen zwischen Syphilis und Schwangerschaft. Klinisch bestehen vier Möglichkeiten der Erkrankung: 1. Beide Eltern sind syphilitisch zur Zeit der Konzeption, 2. die Mutter allein ist angesteckt, 3. der Vater allein, 4. die Mutter wird syphilitisch nach der Konzeption, während beide Eltern vorher gesund waren. Die Wassermannsche Reaktion hat gezeigt, dass anscheinend gesunde Kinder von syphilitischen Müttern doch luetisch sind. Zweifellos entgehen aber Kinder der Infektion, wenn die Ansteckung der Mutter nach dem 7. Monat erfolgt, also zwischen dem Auftreten der primären und sekundären Erscheinungen. Ebenso hat die Wassermannsche Reaktion auch bei Frauen, bei denen keine luetischen Zeichen vor Bekanntwerden dieser Reaktion nachzuweisen waren, positive Resultate gezeitigt. Möglicherweise sind auch Mütter, die ihr luetisches Kind säugen, immun. Wahrscheinlich findet auch in seltenen Fällen eine direkte Übertragung vom Vater auf das Kind statt. Wenn beide Eltern syphilitisch sind, erfolgt ein Übergang in 68%, wenn die Mutter allein in 60%, wenn der Vater allein in 12—28%. Die Länge der Zeit nach dem Primäraffekt schwächt wohl die Stärke der Übertragung. Eine Heirat darf nur erfolgen, wenn die primären und sekundären Erscheinungen vorbei sind, in der Regel sind die Tertiärfälle nicht infektiös. Wenn die Mutter anscheinend gesund, aber der Vater luetisch, soll auch bei der Frau eine antisyphilitische Kur angewandt werden. Eine nicht luetische Mutter soll ihr Kind stillen, da sie in der Regel immun ist. Mangiagalli befürwortet eine direkte Behandlung des Kindes, da der Übergang der Antitoxine durch die Milch ihm nicht allzusicher ist. Die beste Behandlung des Kindes ist die Inunktionskur, nur wenn sie versagt, soll zum Salvarsan gegriffen werden.

Nach den Untersuchungen Millers (29) darf als feststehend betrachtet werden, dass die meisten syphilitischen Konzeptionen in Abort der ersten Monate endigen, ferner, dass diejenigen Schwangerschaften, welche sich über dieses Stadium hinaus entwickeln, der Mehrzahl nach zu mazerierten Totgeburten führen und endlich, dass diejenigen Früchte, die das intrauterine Leben überdauern, nur geringe Reife zeigen und so gut wie nie ohne Anzeichen der Syphilis angetroffen

werden. Ungefähr 22% aller Schwangerschaften endigen in Abort, syphilitische aber in 70%. In den Fällen, wo die Krankheit frisch erworben wurde, finden wir das ganze Ei infiziert, Plazenta und Föt sind voller Spirochäten. Der intrauterine Tod der Früchte wird mehr durch den der Plazenta veranlasst. Häufig sehen wir, dass der Föt nur leicht affiziert ist, schwer dagegen die Plazenta. Nicht jede Mutter eines mazerierten Föt oder nicht jede Frau, die wiederholte Fehlgeburten gehabt hat, gibt positiven Wassermann. Aber in jedem Falle, in dem untrügliche Zeichen von Syphilis bei der Plazenta oder dem Föt gefunden werden, gibt die Mutter die Reaktion, gleichgültig ob sie die Krankheit vom Föt oder vom Mann hat.

Engman (15) ist der Ansicht, dass jede Frau, die luetische Plazentarveränderungen aufweist, latent syphilitisch ist. Sie birgt zu Zeiten im Blutkreislauf lebende freie Spirochäten, die nur gelegentlich pathogen werden. Diese werden auf dem Blutwege in die wachsende gefässreiche Plazenta getrieben und hier bieten die zahlreichen Gefässe einen günstigen Boden für ihre Ansiedlung und Verbreitung, daher kommt es auch, dass die Spirochäten mehr im kindlichen, weniger im mütterlichen Teil der Plazenta gefunden werden. Es ist möglich, dass gerade das wachsende Plazentargewebe weniger resistent gegen die Spirochäten ist als anderes normales Gewebe. Es gibt Spirochätenträger, in denen der Organismus ebenso ungefährlich ist wie bei den Typhus- oder Diphtherieträgern.

v. Scily (38) hat 10 schwangere Frauen, die vorher öfters abortierten, auf Grundlage der ermittelten positiven Wassermannschen Reaktion mit einer einmaligen intravenösen Injektion von 0,6 Salvarsan resp. 0,9 Neosalvarsan behandelt, mit dem Erfolg, dass jede der bisher so behandelten Frauen je ein bisher gesundes Kind gebar. Seit dieser Zeit wird jede Frau nach Angabe vorhergegangenen Abortes oder Frühgeburt und positivem Wassermann im Wöchnerinnenheim des Pester israelitischen Frauenvereins regelmässig mit prophylaktischer Injektion behandelt.

Audebert und Berny (2) haben 7 schwangere Frauen mit Salvarsan behandelt. Sie konnten bei ihnen prompt nach ein paar Tagen das Verschwinden der spezifischen Erscheinungen, Primäraffekt und Plaques muqueuses konstatieren, Erfolge, die mit der Quecksilbertherapie so prompt oder überhaupt nicht so leicht zu verzeichnen sind. In einem Falle erschienen die Plaques allerdings einen Monat nach der Salvarsaninjektion bei Beginn einer neuen Salvarsankur wieder. Unter 7 Schwangerschaften haben die Verff. nur einen Abort beobachtet, 4 Kinder sind am Ende der Gravidität mit Gewichten von 3100—3650 g geboren und haben die Klinik in gutem Zustande ohne luetische Zeichen verlassen. Ein Kind starb nach 3 Wochen, ohne nach den fraglichen Angaben der Mutter Zeichen einer Syphilis geboten zu haben. Zweimal ist die Schwangerschaft vorzeitig unterbrochen, einmal im 8. Monat mit einem lebenden Kinde von 2470 g, das aus der Klinik in schlechtem Zustande herausging, in diesem Falle hatte die Mutter nur eine Injektion Salvarsan bekommen und war nicht weiter mit Quecksilber behandelt. Das zweite Mal Unterbrechung mit $6\frac{1}{2}$ Monaten. Kind 2000 g, starb 12 Stunden nach der Geburt. Die Mutter hatte im 4. Monat 2 Injektionen Salvarsan, aber keine Quecksilberkur erhalten. Es folgt hieraus die wichtige Tatsache, dass die nur mit Salvarsan behandelten Frauen nicht ausgetragen haben. Das Verhältnis der Plazenten zu den Föten war ein normales nach der Behandlung. Die Salvarsaninjektionen wurden im allgemeinen gut vertragen. Ihre Wirkung ist eine unverkennbare, ausserordentlich schnell vernarbende, auch bezüglich der Heredosyphilis, da durch das Salvarsan entschieden schwere Intestinalveränderungen vermieden werden oder nicht zu vollkommener Entwickelung kommen können. Bedingung ist bei den guten Erfolgen allerdings kombinierte Behandlung oder Nachbehandlung mit Quecksilber für längere Zeit.

Bar (4) machte bei 6 Frauen Injektionen mit Salvarsan nach den üblichen Ehrlichschen Vorschriften. Alle 6 boten Zeichen florider Syphilis, 3 davon waren

schwanger und 3 wurden entbunden. Das Neosalvarsan hat eine starke Wirkung auf die floriden Erscheinungen der Lues und bringt ausserordentlich schnell die Spirochäten zum Verschwinden. Es wirkt in hinreichend grossen Dosen angewandt, schnell auf die Wassermannsche Reaktion und bringt sie schnell zum Verschwinden. Wenn eine Wassermannsche Reaktion eine Lues auf dem Wege der Evolution zeigt, so scheint die Wirkung des Neosalvarsans sehr energisch, rapid, aber oftmals flüchtig zu sein und oft nicht ein definitives Resultat zu geben. In einem Falle erfolgte nach zweimaligen Gaben nach einigen Tagen der Tod. Daraus schliesst Bar, dass das Neosalvarsan ein gefährliches Gift ist, das nur in kleinen Dosen gegeben werden darf. Vor allem ist wichtig, die Ausscheidung des Arsens im Urin zu beobachten. Sie soll schnell und reichlich erfolgen, im Falle dass die Ausscheidung langsam und ungenügend vor sich geht, soll mit der zweiten Injektion gewartet werden. Es wurden noch zwei Kinder mit Neosalvarsan behandelt. Bei dem einen ergab das aus der Nabelschnur entnommene Blut positiven Wassermann. Es war mit einem Pemphigus geboren, der nach der ersten Injektion 0,01 g, 3 Stunden nach der Geburt, am 2. Tage abblasste, es folgte eine 2. Injektion am 3. Tage. Das Kind bekam sofort eine Meläma und starb an den blutigen Stühlen am 9. Tag. Das 2. Kind war 8 Monate alt mit ausgesprochenem Wasserkopf. Die Mutter hatte einen positiven, das Kind einen negativen Wassermann. Hier trat eine leichte Besserung ein.

Girauld et Tissier (19) konnten an ihren mit Salvarsan behandelten vier Graviden konstatieren, dass der schwangere Zustand in keiner Weise den unmittelbaren therapeutischen Einfluss abschwächt; dass das Salvarsan gut vertragen wird und keinen toxischen Einfluss auf den Fötus ausübt, sondern dass der Tod des Fötus in utero eher eintritt durch die rapide Vernichtung der Spirochäten und eine Überproduktion von Antikörpern als durch das Arsen.

Nach den Injektionen von Salvarsan bei schwangeren Frauen stellten sich gewöhnlich — Lameland und Brisson (24) — leichte Temperatursteigerungen, Pulsbeschleunigung, Frösteln und Erbrechen ein. Der Blutdruck schien nicht wesentlich beeinflusst, Vermehrung der roten Blutkörperchen und des Hämoglobingehaltes. Mässige Urinausscheidung mit ziemlichem Uratgehalt, Spuren von Eiweiss. Die Ausscheidung von Arsen beginnt schon nach der ersten Stunde und vollzieht sich sehr schnell. Die Einwirkung auf die syphilitischen Erscheinungen ist eine sehr schnelle, die Spirochäten gehen sehr schnell zugrunde und die Wassermannsche Reaktion wird in den meisten Fällen negativ, in einzelnen aber verstärkt positiv. Der Einfluss der Salvarsaninjektionen auf Geburt und Wochenbett ist gleich Null. Auf die Kinder haben sie entschieden Einfluss, indem die Herzaktionen der Kinder vorübergehend verlangsamt und abgeschwächt werden, andererseits wird dadurch das körperliche Befinden entschieden gebessert, die Kinder entwickeln sich besser. Schwere Schäden für Mutter und Kind sind nicht beobachtet, doch finden sich nicht selten Rezidive.

In der Diskussion weist Bar auf die Gefahren der Salvarsaninjektionen hin, er hat einen Todesfall danach gehabt. Man soll deutlich das Verhalten des Urins dabei kontrollieren, Vorsicht, wenn die Ausscheidung des Arsens verlangsamt ist. Das Salvarsan heilt nicht in allen Fällen, es scheint zu Neurorezidiven zu prädisponieren. Die Kinder zeigen sehr schnelles Verschwinden der floriden Erscheinungen nach den Salvarsan-Injektionen, sterben aber oft, nicht durch das Arsen, sondern wohl durch das beim Abtöten der Spirochäten freiwerdende syphilitische Gift. Das Salvarsan ist seines Erachtens ein sehr wirksames, aber auch sehr gefährliches Mittel.

Über die Anwendung des Salvarsans bei nachgewiesenermassen syphilitischen Frauen, die aber keine Zeichen einer offensichtlichen Lues zeigen, äussern sich Fabre et Bourret (17) dahin, dass man, ehe die Überlegenheit der Salvarsantherapie über die Quecksilbertherapie nicht an einer grossen Reihe von Fällen nachgewiesen ist, wegen ihrer Gefahren von Salvarsaninjektionen noch Abstand

nehmen soll. Immerhin soll man sie anwenden in Fällen, die sich gegen die Quecksilbertherapie refraktär erwiesen haben, ferner da wo in der früheren Schwangerschaft die Therapie versagt hat, und wo Schwierigkeiten in ihrer Durchführung bestehen; aber auch erst dann in grösserem Umfang, wenn man gefahrlosere Methoden in der Applikation des Mittels gefunden hat. Bei Frauen, die deutliche Zeichen der Syphilis darbieten, bei denen die Krankheit in der Entwickelung begriffen ist, ist die Anwendung des Salvarsans entschieden berechtigter, da es in den meisten Fällen doch gelingt, die Primärerscheinungen sehr schnell zu beeinflussen und auch die viszeralen schweren Veränderungen beim Föt zu verhüten. Dabei soll man nach den Erfahrungen der Verff. nicht über eine jedesmalige Dosis von 0,3 Salvarsan hinausgehen, um dem Föt nicht durch zu grosse und für ihn unverträgliche Dosen zu schaden. Es gelang ihnen so, sämtliche Fälle bis zum Ende der Schwangerschaft zu bringen.

Bonnet-Laborderie (7) ist der Frage nach der Ursache des plötzlichen unmittelbaren Todes syphilitischer Neugeborener näher getreten und glaubt, dass sie zu suchen ist in der sogenannten „Splanchnomégalie glandulaire", d. h. in der Vergrösserung der Drüsen der Bauchhöhle, vor allem der Leber, der Milz, der Nieren und Nebennieren. Diese vergrösserten Organe im Verein mit dem meist bei luetischen Föten zu findenden Aszites der Bauchhöhle dehnen letztere gewaltig aus. Dadurch wird auch das Zwerchfell sehr stark in die Höhe getrieben, wodurch eine Expansion der Lungen verhindert wird. Es ist dadurch unmöglich, dass die Kinder atmen und die Kohlensäurevergiftung überwinden können. Die Atelektase der meisten Abschnitte der Lunge und die völlige Leere des Magens, in dem bei diesen Föten kein Gas enthalten ist, beweist, dass die Neugeborenen nicht oder nur verschwindend wenig geatmet haben. — Die Schwierigkeit der Diagnose dieser Ausdehnung der Bauchhöhle erschwert selbstverständlich auch eine ev. Behandlung. Sfameni hat als Anhänger der genannten Theorie vorgeschlagen das Abdomen zu punktieren und dadurch zu entlasten, der Vorschlag erscheint berechtigt, wird sich aber schwer durchführen lassen. — Diskussion: Oui. —

Über die Anwendung des Salvarsans bei der schwangeren Frau berichtet Sauvage (35) auf Grund seiner Erfahrungen an 130 Fällen. In der Schwangerschaft kann man nach Salvarsaninjektionen leicht Albuminurien beobachten und zwar erscheinen sie vom 3.—10. Tage nach der Einspritzung, dabei wird eine grössere Menge von Uraten ausgeschieden, ein Beweis einer aktiven Zellenschädigung. Daneben kommen die allgemein bekannten Symptome vor, Temperaturanstieg, Kopfschmerzen, Erbrechen, Pulsbeschleunigung, Durchfälle, Erytheme, die aber bald wieder verschwinden können. Ein Todesfall ist von Gaucher beobachtet worden. Bar hat einen Todesfall nach der zweiten Injektion von Neosalvarsan beobachtet an Gehirnblutung. (Warnung vor der Gefahrlosigkeit des Neosalvarsan!) Die Anwendung des Salvarsans ist nur eine beschränkte, nur in den Fällen, wo die gewöhnliche gefahrlose Quecksilbertherapie versagt. Alle Nebenerscheinungen sind im allgemeinen durch das Arsenik bedingt, einzelne aber sicher auch durch das Freiwerden von Toxinen bei der schnellen Zerstörung der Spirochäten. Arsen ist im Urin bis zum 12., auch bis zum 20. Tage im Urin nachgewiesen (12—30%). Das Neosalvarsan wird früher ausgeschieden. Das Salvarsan scheint den Blutdruck zu erhöhen, deshalb Vorsicht bei Frauen mit erhöhtem Blutdruck. Die Wirkung auf die Spirochäten ist eine sehr gewaltige uud schnellzerstörende. Der Einfluss auf die Wassermannsche Reaktion ist sehr wechselnd, zuweilen gleich Null. Das Kind hat öfter eine positive Reaktion als die Mutter, der Übergang von Arsen auf das Kind findet sicher statt. Auf den Fortgang der Schwangerschaft haben die Salvarsaninjektionen keinen ungünstigen Einfluss ausgeübt, nur in drei Fällen unter 84 wurde, wenn die Schwangerschaft am Ende oder nahe am Ende war, eine Beschleunigung der Niederkunft hervorgerufen. Im übrigen haben sie den weiteren Fortgang begünstigt. Von 84 Fällen sind 38 am Ende der Gravidität niederkommen, 32 im 9. Monat, 12 im 8. Monat, 2 im 7. Monat. Die

Veränderungen der Lues: Initialsklerose, Plaques etc. schwinden sehr schnell, können aber im Verlauf der Gravidität, im Wochenbett oder später wieder auftreten (Bar, Pinard). Der Föt ist dem Salvarsan gegenüber empfindlich, man konnte bald nach der Injektion abgeschwächte und verlangsamte Herztöne konstatieren. Unter 91 Kindern sind 84 = 92,30 % lebend geboren, dabei ist in 73 Fällen die Lues augenscheinlich in der Gravidität aufgetreten und hat das kindliche Leben bedroht. Im allgemeinen waren die lebendgeborenen Kinder entsprechend kräftig entwickelt, über die Hälfte wog über 3000 g, $^1/_7$ weniger als 2000. Unter den 84 Kindern zeigten 77 keinerlei Zeichen von Syphilis nach der Geburt, 18 sind mehrere Monate später gesund gefunden, 5 hatten Zeichen von Lues, 4 sind gestorben. Immerhin soll man doch schliessen, dass eine grosse Anzahl anscheinend gesund geborener Kinder in Wirklichkeit syphilitisch ist.

Im Gegensatz dazu stehen die Statistiken von Pinard, Champetier de Ribes, Boissard, Potocki mit Quecksilberbehandlung — 217 Fälle. 1. Bei 133 Frauen = 61 % war die Quecksilber- oder Jodbehandlung nicht imstande, die Primärerscheinungen, die im Beginn oder der Entwickelung der Schwangerschaft noch in voller Blüte waren, zum Verschwinden zu bringen. In 74,54 % wurde das Schwangerschaftsprodukt tot zur Welt gebracht oder ist bald nach der Geburt gestorben, in 10,58 % sind lebende Kinder geboren mit luetischen Anzeichen. Die gebräuchliche Quecksilberbehandlung ist also weniger leistungsfähig in frischen Fällen als das Salvarsan. 2. Syphilitische Frauen ohne Erscheinungen während der Gravidität, vorher unregelmässig, aber während der Schwangerschaft regelmässig behandelt. Von 163 Frauen stammen 66,25 % lebende Kinder ohne syphilitische Erscheinungen in den ersten Lebenstagen, 14,72 % bei der Geburt luetische Kinder oder in den ersten Lebenstagen, und 19 % mazerierte Föten, Aborte etc. 3. Eine Gruppe von syphilitischen Frauen ohne Erscheinungen während der Gravidität, die vor der Befruchtung und während der Schwangerschaft regelmässig behandelt wurden. 128 Fälle mit 88,28 % lebenden Kindern. Es geht also aus diesen 3 Gruppen hervor, dass das Quecksilber spät angewandt keine günstigen Erfolge mehr hat, sondern nur wenn es konsequent nach der Infektion, lange Zeit vor der Befruchtung und während der ganzen Schwangerschaft, angewandt wird. — Das Salvarsan soll im allgemeinen nur dann bevorzugt werden, wenn in der Gravidität frische Erscheinungen bestehen, die dadurch schneller und besser beeinflusst werden, andererseits sprechen aber doch die bessere und längere Entwickelung der Frucht bis zum Endtermin, die Geburt von 92 % lebender Kinder gegenüber von nur 74,64 % beim Quecksilber zugunsten des Salvarsan- Wenn keine aktiven Erscheinungen der Lues vorhanden, soll man von der Quecksilbertherapie nicht abgehen. — Angesichts der Schädigungen, die das Salvarsan hervorrufen kann, soll man durch Gaben von Fowlerscher Lösung erst das Verhalten der Frau gegenüber dem Arsen prüfen. Es wird das beste sein, möglichst frühzeitig, bald nach Eintritt der Schwangerschaft, Salvarsan zu injizieren, wenn durch die Spirochäten noch nicht schwere viszerale Schädigungen hervor. gerufen sind.

Allgemeine und sonstige Organerkrankungen in der Gravidität.

1. Achard und Feullié, Pyélonéphrite gravidique terminée par urémie rapidement mortelle. La Presse méd. 20. Juni. p. 552. (Bericht über einen Fall, bei dem eine Schwangerschaftspyelonephritis, die kaum ein Jahr aszendiert war, eine solche skleröse Atrophie bewirkt hatte, dass die Nieren zusammen kaum 100 g wogen. Es kam ein schwerer Rheumatismus dazu, und 7 Tage vor dem Tode stellten sich schweres Erbrechen und Diarrhöen ein. Das Serum enthielt einen höheren Harnstoffgehalt als normal und die Kranke starb zwei Tage später, wobei sich der Harnstoff auf 4,37 g erhöht hatte. Dieser Gehalt an Harnstoff ist der Beweis einer

allgemeinen Verhaltung toxischer Substanzen und bedingt bei den schweren Schädigungen der Niere in der vorhergehenden Zeit eine sehr schlechte Prognose.)

2. *Albrecht, Zur Therapie der schweren Fälle von Schwangerschaftspyelitis Münch. gyn. Ges. 14. Nov. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 9. 1913. (Bei einer 22 jähr. Vp. traten im 6. Monat der Grav. plötzlich Schüttelfröste, Erbrechen und Schmerzen besonders in der linken Lendengegend auf. Stuhlverhaltung und Schmerzen beim Urinieren. Diagnose: linksseitiger paranephritischer Abszess, Nephrotomie, stärkere Hyperämie des Nierenparenchyms, im Nierenbecken reichlich trüber Harn. Trotz der Nephrotomie dauern die Erscheinungen fort. Da die Urinmenge auf 200 ccm in 24 Stunden heruntergeht und trotz aller lokaler und interner Mittel Temperatur zwischen 39—40, Puls 140. Schwangerschaftsunterbrechung. Heilung. Ansteigen der Urinmenge 3 Tage später.

3. *Alexandrow, Th., Über die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft bei Herz- und Lungenkrankheiten. Wien. med. Wochenschr. Nr. 36.

4. Andrews, Henry, Russel, An Adress on pyelonephritis of pregnancy. The british med. journ. Mai. 18. (Bericht über 19 Fälle. Das Durchschnittsalter der Pat. war 26 Jahre, 8 I gravidae, 9 waren schon vorher schwanger gewesen. Der durchschnittliche Beginn der Erkrankung lag im 6. Monat. In 6 Fällen chronische Obstipation, in 8 Fällen waren nur Schmerzen in der rechten Niere, in 8 Fällen in beiden Nieren und in 1 Falle in der linken Niere verzeichnet. Eine Pat. hatte in einer früheren Gravidität Pyelonephritis gehabt. Nur 2 Fälle waren fieberfrei. Der Urin war in 18 Fällen sauer. In 7 Fällen wurde Bact. coli, in 5 ein koliähnlicher, in einem Fall Streptococcus albus und Diphtheriebacillus gefunden. Ein Fall mit doppelseitiger Pyonephrose starb, in einem musste die künstliche Frühgeburt eingeleitet werden, alle anderen trugen bei konservativer interner Therapie die Schwangerschaft zu Ende. — Bericht über einen Fall von Pyelonephritis im Puerperium, der erst am 10. Tage p. p. auftrat und bei dem wegen Fehldiagnose die Appendix entfernt wurde. Ein weiterer ähnlicher Fall, bei dem am 7. Tage p. p. Temperatur eintrat und durch die Urinuntersuchung aufgedeckt wurde.)

5. *Audebert, Epilepsie und Schwangerschaft, künstlicher Abort. Gyn. Rundschau. 18. S. 663.

6. Audebert, Epilepsie et grossesse. Avortement provoqué. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. März. (21 jähr. III para. Im 13. Jahre erster epileptischer Anfall, in den einzelnen Schwangerschaften trat eine deutliche sehr starke Verschlimmerung der Epilepsie ein. Die jeweilige Schwangerschaft verschlimmerte stets im Gegensatz zu den üblichen Anschauungen über die Wechselwirkungen der Gravidität auf die Epilepsie diesen Zustand. Die erste Schwangerschaft endete mit spontanem Abort im 2. Monat nach einem epileptischen Anfall. Die II. Gravidität wurde im 4. Monat wegen starker Verschlimmerung unterbrochen und in der III. Schwangerschaft traten bei klinischer Beobachtung schwerste Anfälle in sehr kurzen Intervallen von ca. 2 Tagen auf, dass sich Audebert nach langem Zögern ebenfalls veranlasst sah, im 3. Monat die Schwangerschaft zu unterbrechen. Der Föt war anscheinend schon einige Tage abgestorben. Auffallend war dabei, dass der Uterus gar nicht auf verschiedene Manipulationen: Dilatation mit Hegar, Tamponade etc. reagierte und Audebert gezwungen war, mit der Curette die Ausräumung vorzunehmen.)

7. — Acné et grossesse. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Dez. Nr. 9. p. 1072. (Während die Acne des Gesichts etc. gewöhnlich bei Mädchen und Frauen auftritt, die irgendwelche Störungen ihrer Ovarialfunktionen aufzuweisen haben, besonders sich auch zur Zeit der Periode wesentlich verschlimmert, neigt man im allgemeinen der Ansicht zu, dass dieses entstellende Leiden bei Eintritt von Schwangerschaften verschwindet. Audebert berichtet über einen Fall, bei dem in der ersten Schwangerschaft, nachdem die Frau bis dahin keinerlei Erscheinungen von Acne gehabt, diese aufgetreten ist und sich in der zweiten und besonders der dritten Schwangerschaft ausserordentlich verschlimmert hat.)

8. Balthazard und Maurice Nicloux, Intoxication mortelle oxycarbonée chez une femme enceinte de 8 mois. Dosage de l'oxyde de carbone dans le sang maternel et de sang foetal. Bull. de la soc. d'obstétr. et de gyn. de Paris. Dez. Nr. 9. 968. (Verff. beschreiben einen Fall einer 8 Monat schwangeren Frau, die durch Kohlenoxydvergiftung aus einem schlecht ziehenden Ofen zugrunde gegangen ist. Im Blut waren in 100 ccm bei der Mutter 16,6 ccm, beim Kind 4,6 ccm Kohlenoxyd

enthalten. Dies entspricht bei der Mutter einem Vergiftungskoeffizienten von 0,60, beim Föt von 0,18. Der normale Vergiftungskoeffizient, d. h. das Verhältnis der im Blut der Vergifteten enthaltenen Kohlenoxydmenge zu der grösstmöglichsten Sättigungsmenge des Blutes mit Kohlenoxyd beträgt 0,65. Bei den Vergiftungsfällen mit kürzerer Dauer ist er geringer als bei den langsam eintretenden Vergiftungen. Der Föt kann nur so lange leben als die Mutter am Leben ist. Bei ihm ist selbstverständlich auch die Giftmenge im Blut eine entsprechend geringere.) In der Diskussion berichtet Tissier über einen Fall, in dem die Mutter überlebte, aber der Föt abgestorben war. Die im fötalen Blute gefundene Kohlenoxdmenge betrug 4,9% ccm. Eventuell käme in geeigneten Fällen der Kaiserschnitt an der Leiche zur Rettung des Kindes in Frage. Sehr problematisch.)

9. Bauereisen, Demonstration einer Pat. mit geheilter perniziöser Anämie. Med. Gesellsch. zu Kiel 20. Juni. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 34. (Bereits vor einem Jahre vorgestellt nach Entbindung wegen engen Beckens mit schwerer perniziöser Anämie vor und in der Schwangerschaft. Damals bestand ein Hämoglobingehalt von 25% und 1600000 Erythrozyten. Die roten Blutkörperchen zeigten fast alle Formveränderungen. Diagnose, perniziöse Anämie, wegen schlechten Befindens damals 7 Injektionen von körperwarmem Menschenblut intramuskulär jedesmal 6—10 ccm. Nach 10 Wochen 3 Millionen Erythrozyten und Hämoglobingehalt von 40%. Die roten Blutkörperchen zeigten teilweise noch Formveränderungen. Im Juli und August 1911 erhielt Pat. nochmals 3 Injektionen von je 10 ccm Blut. Kurze Zeit vor der Demonstration ergab die Untersuchung 5½ Millionen rote Blutkörperchen und 60—70% Hgbl.

10. *v. Beck, B., Struma und Schwangerschaft. v. Brunssche Beiträge z. klin. Chir. Bd. 80. H. 1. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 3. 1913.

11. *Beckmann, W., Über Hydrorrhoea gravidarum amnialis bei intraamnialer Entwickelung der Frucht. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. (26. jähr. IIIpara, die 2 normale Geburten mit auffallend wenig Fruchtwasser überstanden hatte. Periode stets regelmässig, keine Genitalerkrankungen vordem. Letzte Menstruation Ende Juni, am 6. Dezember plötzlich Abgang von klarer Flüssigkeit. Der Wasserabfluss dauerte 65 Tage an und führte am Schluss der 31. Schwangerschaftswoche zu einer Frühgeburt. In dem abgeflossenen Wasser wurden Harnstoff und ein Eiweissgehalt von 0,22% gefunden, spez. Gewicht 1010, wenig Leukozyten, keine Lanugohaare. Beckmann weist in seinem Falle auf das Missverhältnis zwischen Schwangerschaftstermin und Uterusgrösse hin. Er stellt sich das Zustandekommen der Hydrorrhoe in der Weise vor, dass zunächst das Chorion einriss, wofür die stärker klaffenden Rissränder desselben sprechen. Etwas später kam es zu einem kleinen Riss des Amnion, in der hinteren und oberen Peripherie des Fruchtsackes, wonach das Fruchtwasser sich allmählich einen Ausgang zwischen Eihäuten und Uteruswand nach unten schaffte, wobei es auch zeitweilig zwischen beiden staute und einen gewissen Druck auf die Uteruswand ausübte.)

12. *Beyer-Gurowitsch, Über perniziöse Anämie in Gravidität und Puerperium.-Inaug. Diss. Zürich. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 50.

13. *Bingel, Adolf, Diabetes und Schwangerschaft. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 36. (30jährige II para, bei der im 6. Monat für Diabetes charakteristische Symptome einsetzten. Es wurde reichlich Zucker 6% und Azetessigsäure im Urin festgestellt, durch diätetische Behandlung gelang es, den Zucker und die Säure zum Verschwinden zu bringen.)

14. *Birnbaum, R., Die Basedowsche Krankheit und das Geschlechtsleben des Weibes. Prakt. Ergebnisse der Geb. u. Gyn. Bd. IV. H. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15.

15. Bloch, A., Über die Koliinfektion der Harnwege. Ärztlicher Verein zu Frankfurt a. M. 18. Dez. 1911. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 6.

16. Bornstein, Die Behandlung der Zähne bei Schwangeren. Der Frauenarzt. 4. S. 166.

17. Brodhead, Crural phlebits during pregnancy. The amer. journ. of obst. April. S. 625. (23jähr. I para bisher stets gesund, hatte ihre letzte Regel am 12. Mai 1911. Anfang Sept. klagte sie über Schmerzen im linken Bein ohne besondere Empfindlichkeit und Schwellung. Im Dezember Schmerzen und Schwellung im linken Bein, der Fuss und der Unterschenkel waren im Umfang links bedeutend stärker als

rechts. Deutliche Schmerzhaftigkeit im Verlauf der linken Vena saphena von der Leistengegend bis zur Mitte des Oberschenkels. Danach trat dann bald Heilung ein. Es ist dies unter den letzten 5000 Entbindungen des Post-Graduate Hospitals der erste Fall von Kruralphlebitis in der Schwangerschaft.)

18. *Chavannes u. Loubat, Die grossen Leberabszesse in der Gravidität und nach der Entbindung. Rév de Gyn. 1911. Bd. 17. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 2.
19. Colorni, Gravidanza complicata da vomito incoercibile e da acetonuria grave. Morte in coma. (Mit unstillbarem Erbrechen und schwerer Azetonurie komplizierte Schwangerschaft.) Tod in Koma. Annali di Ostetr. e Ginec. 34. (Artom di Sant' Agnese.)
20. *O'Connor, J. W., Pyelonephritis of pregnancy and puerperium. Boston med. and surgic. journ. 7. Nov. 167. Nr. 19. Ref. Journ. A. M. A. 23. Nov.
21. Crew, F. D., Akute Pyelonephritis in der Schwangerschaft. Brit. med. Journ. 13. April. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36. (35jährige VIpara erkrankt im fünften Monat plötzlich an Erbrechen, Schüttelfrost, heftigen Leibschmerzen und hohem Fieber, hohem Puls. Urin war frei von Sedimenten organischer Natur und Bakterien. Probelaparotomie, stark geblähtes Colon ascendens und sehr vergrösserte rechte Niere. Erbrechen ging weiter, Frühgeburt. Plötzlich erschien im Urin Pus und Bact. coli. Das Fieber fiel ganz allmählich zur Norm ab. Verf. ist der Ansicht, dass eine künstliche Entbindung in solchem Falle nicht den geringsten Einfluss haben kann.)
22. David, A. B., Hodgkins Krankheit mit Schwangerschaft kompliziert. Bull. Lying in Hosp. New York. März 1911.
23. Davis, Edward P., Drainage of the kidney by incision for bacillus coli communis infection in pregnancy and parturient patients. The Journal of the amer. med. assoc. Vol. 59. 11. (Bericht über zwei Fälle, in denen wegen Koliinfektion der Niere in der Schwangerschaft im 7. und 6. Monat die Nephrotomie und Drainage der rechten Niere ausgeführt wurde nach Versagen der medikamentösen Therapie, mit gutem Erfolg für Mutter und Kind; gleichzeitig wurde in beiden Fällen die Appendix entfernt. Davis weist daraufhin, dass man ohne Schaden für den weiteren Verlauf der Schwangerschaft chirurgische Eingriffe an den Nieren ausführen kann und stellt eine Reihe von Fällen aus der Literatur zusammen.)
24. — — Thyreoid disease in Pregnancy and Parturition. Amer. Journ. Med. Sciences. June. Ref. Journ. of Obst. and Gyn. Sept. (Vier Fälle. Er weist darauf hin, dass manche Fälle von Vergrösserung der Thyreoidea in der Schwangerschaft harmlos sind, während andere durch rapide Schwellung und Druck auf die Trachea zu den bedrohlichsten Erscheinungen Veranlassung geben. Strenge Beobachtung und häufige Urinuntersuchungen in der Schwangerschaft sind unerlässlich.)
25. *Döderlein, Th. J., Pyelitis gravidarum. Journ. Amer. med. Assoc. 22. 1. 1911.
26. Doi, Blutuntersuchungen bei Schwangeren, Kreissenden und Wöchnerinnen mit besonderer Berücksichtigung der Ätiologie der Schwangerschaftsniere und Eklampsie. Arch. f. Gyn. Bd. 98.
27. *Dor and Moiroud, Haematuria of pregnancy. Province med. March 30. Ref. The brit. med. Journ. 27. April.
28. Delbet, Paul, Salpingite grossesse et appendicite. Société des chirurg. de Paris. Ref. La presse méd. Nr. 20. (Fall einer jungen Frau, die wegen Verdachts auf Extrauteringravidität operiert wurde. Es handelte sich um eine schwangere rechte Tube oder eine fieberlos verlaufene gangränöse Appendizitis. Appendektomie und Adnexexstirpation rechts. Zwei Tage nach der Operation gebar die Patientin durch die Scheide einen zweimonatlichen Föt. Heilung.)
29. Dervaux, Lithiase biliaire consécutive à la grossesse. Cholécystectomie. Réunion obst. de Lille. 29. Nov. 1911.
30. Duvergey, Une complication lointaine de l'appendicite. La grossesse extrautérine droite. La Gynécologie, April. p. 239. (22jährige Ipara, die in ihrem 18. Jahre eine eitrige Appendektomie durchgemacht hatte. 1911 normaler Partus. Im September desselben Jahres wurde wegen rechtsseitiger Tubargravidität laparotomiert. Dabei fand sich die rechte Tube in alte Adhäsionen eingebettet, das Ei hatte sich auf der Oberfläche der Tube angesiedelt, auf dem serösen Überzug der Hinterfläche, die Adhäsionen sollen die Tube ihrer normalen Funktion beraubt haben, vor allem

der Beweglichkeit, so dass infolge Mangel derselben das Ei nicht in den Pavillon der Tube hat hineinbewegt werden können.)

31. *Engelhard, J. L. B., Über Generationspsychosen und den Einfluss der Gestationsperiode auf schon bestehende psychische und neurologische Krankheiten. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. p. 727—812.
32. *— Over generatie psychosen en den invloed der gestatie periode opreeds bestaande psychische en neurologische Ziekten. Nederl. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. Bd. I.
33. Ferguson, Case of pyosalpinx successfully removed by abdominal section during the puerperium. The journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Januar. p. 21.
34. Ferré, Tableau des hémorrhagies utérines de la grossesse, de l'accouchement et de la délivrance, observées à la Maternité de Peau de 1893—1912. Bulletin de la société d'obst. et de gyn. Juillet. (Von 64 Fällen schwerer Blutungen kamen 8 zum Exitus. Es waren 31 Fälle von Placenta praevia, 7 Lösung der Nachgeburt bei normalem Sitz, 1 mal Ruptur des Sinus circularis, 2 mal unvollständige Ausstossung der Nachgeburt, 1 mal Zerreissung des Halses, 9 mal Atonie nach der Entbindung, 5 mal Abort. Alle die genesenen Pat. kamen mit den üblichen geburtshilflichen Mitteln ohne grössere chirurgische Eingriffe durch. Ein chirurgischer Eingriff wäre auch nicht imstande gewesen, mehr Kinder zu retten, es starben von den 31 Placenta praevia-Kindern 20. Von den 8 Gestorbenen würden 6 ohne weiteres gestorben sein, weil sie schon durch Blutverluste ganz erschöpft eingeliefert wurden. Ein Fall wäre, da er bereits in früheren Schwangerschaften fast unstillbare Blutungen aufzuweisen hatte, durch Sterilisation ausserhalb der Schwangerschaft zu retten gewesen, eine andere Frau hatte eine breite narbige Verwachsung des Uterus an der vorderen Bauchwand, infolge deren der Uterus sich nicht retrahieren konnte und deren chirurgische Lösung sie vor dem Exitus hätte bewahren können.)
35. *Findley, Appendicitis complicating pregnancy. The journ. of the Amer. med. Assoc. 24. Aug. (In 15 Fällen von Schwangerschaft und Appendizitis hatten 14 schon vor der Gravidität Anfälle gehabt. 6 Fälle zeigten milde Attacken, während 10 schwere Anfälle hatten, 3 von ihnen starben. Während der Geburt trat 1 mal ein Anfall auf, im Puerperium 5, in der Schwangerschaft 9 mal. Die 5 Fälle im Puerperium waren ungewöhnlich schwer. Von den 15 Pat. starben 2 an septischer Peritonitis, einer an Bronchopneumonie, einer von diesen war nicht operiert. Milde Anfälle bringen keine Disposition zur Unterbrechung, In einem Falle verweigerte die Pat. die Operation mit Rücksicht auf das fast ausgetragene Kind und darauf dass bei Beginn der Grav. schon ein Anfall vorübergegangen war, sie wurde angewiesen, sich beim nächsten sofort operieren zu lassen, In 2 Fällen war der Föt tot. In 2 Fällen fand sich eine gangränöse App. mit einem Abszess, beide endeten tödlich. In keinem Falle wurde die Schwangerschaft nach der Operation unterbrochen.)
36. Fleischhauer, Hans, Zur Diagnose und Therapie der Pyelitis gravidarum. Zeitschr. f. gyn. Urologie. Bd. 3. H. 4—5.
37. Folliet, L., Diabetes und Gravidität. Gaz. des Hôp. Nr. 105. (Kurzgefasste und klare Abhandlung über den wechselseitigen Einfluss dieser beiden Zustände auf Mutter und Kind. Literaturübersicht.)
38. Fruhinsholz and Remy, Tabes and Pregnancy. Revue méd. de l'est, 1. April. Ref. The Brit. med. journ. July 20. (Bericht über einen Fall, in dem sich die Tabes unter dem Einfluss der Schwangerschaft angeblich verschlimmerte, es wird besonders auf die tabischen Krisen hingewiesen, die leicht mit der Hyperemesis gravid. verwechselt werden, worauf besonders Penkert aufmerksam gemacht hat. Die Geburt verlief wie in fast allen Fällen glatt, ohne Schmerzen bei der Niederkunft. Der Uterus führt die Geburtsarbeit allein zu Ende durch seine präzervikalen sympathischen Ganglien ohne jede Vermittelung des Rückenmarks. Verf. weisen noch auf Fälle von eingebildeter Schwangerschaft hin, bei denen auch wehenähnliche Schmerzen auftreten, die dann die betr. Pat. dazu führen, eine Hebamme etc. zu rufen.)
39. Fuchsig, Ernst, Über Arsenikvergiftung vom Uterus aus. Wiener klin. Wochenschrift Nr. 17. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32. (Bei der Sektion eines kriminellen Abortes fand sich in der Gebärmutterhöhle über dem Os int. ein weissliches kristallinisches Stück Arsenik. Das anfänglich als Sepsis gedeutete Krankheitsbild stellte sich als Arsenvergiftung heraus.)
40. Gaifami, P. jun., La pielonefrite in gravidanza. Die Pyelonephritis in der Schwangerschaft. Rivista Ospedaliera, 12. Roma. (Artom di Sant' Agnese.)
41. — Voluminoso ematoma della surrenale dr. (1300 g) in donna morte per nefrite a

termine di gravidanza. (Grosses Hämatom der rechten Nebenniere (1300 g) bei einer am Ende der Schwangerschaft an Nephritis gestorbenen Frau.) Atti delle Soc. Italiana di Ostetricia, XVI. (Artom di Sant' Agnese.)

42. Gemell, J. E., Pregnancy associated with Left Chronic Inflammatory Appendage; adherent to pelvic floor, and to uterus, simulating fibroids in uterine wall. The journ. of obst. and Gyn. of the Brit. Emp. June. (30 jähr. Frau, die 6 Schwangerschaften bis zu Ende ausgetragen, dann 4 mal abortiert hatte. Bei der Untersuchung p. vag. wurde ein vergrösserter Uterus mit Schwellungen besonders links gefunden, so dass die Diagnose auf Myome gestellt wurde. Bei der Laparotomie fanden sich breite Verwachsungen an den linken Adnexen, nach deren Lösung der Uterus, die Tuben und Ovarien frei beweglich waren. Der Uterus stellte sich als gravid im dritten Monat heraus. Die Schwangerschaft verlief normal weiter. Gemell sieht den Grund der Aborte in den Verwachsungen und macht sie für die Unterbrechung der Schwangerschaften verantwortlich. In der Gravidität erfahren die Adhäsionen sehr oft eine Auflockerung und können wie in diesem Falle nach Lösung sich zurückbilden und eine ungestörte Gravidität sowie Aufhören der Blutungen garantieren.)

43. — Splenic haemorrhage complicating pregnancy. Journ. of obst. and Gyn. of the Brit. Empire. June. 346. (31 jähr. II para erkrankt im 2. Monat der Schwangerschaft mit starken Schmerzen, Ohnmachten, Blässe im Gesicht etc. Die Anfälle wiederholen sich öfters. Bei der Untersuchung stellt sich eine intrauterine Schwangerschaft im 2. Monat heraus. Wegen der Annahme einer geplatzten extrauterinen Schwangerschaft Laparotomie, dabei zeigt sich, dass Uterus und Adnexe abgesehen von der intrauterinen Gravidität normal, dagegen die Blutung von der Milz herkommt. In dieser ein kleiner Riss und Vergrösserung auf das Doppelte. Exstirpation der Milz. Exitus im Lauf des Tages an starker Anämie durch den grossen intraabdominalen Bluterguss. Bei der Sektion ergibt sich nur auffallende Zartheit, Zerbrechlichkeit und Rigidität der Kapsel. Eine Ursache der Zerreissung lässt sich nicht feststellen.)

44. — Pregnancy complicted by appendicular abscess. Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Emp. p. 348. (36 jähr. I para erkrankte im 6. Monat der Schwangerschaft an appendizitischen Beschwerden. Eröffnung des Abdomens in der Mitte, dabei kam Gemell auf einen durch den Uterus und die vordere Bauchwand abgekapselten Abszess, auf die Appendix wurde, um eine Verbreitung des Eiters zu vermeiden nicht eingegangen. Am Abend trat Frühgeburt ein. Nach einigen Tagen uterine Sepsis und Exitus.)

45. Ger, G., Ein Beitrag zur Pyelonephritis gravidarum. Inaug.-Diss. Bern. Ref. Zentralblatt f. Gyn. Nr. 4. 1913. (Es handelt sich hauptsächlich um Koliinfektionen in den 20 Fällen. Bei Erkrankung beider Nieren und wenn Allgemeininfektion im Vordergrunde steht, ist Einleitung der künstlichen Frühgeburt das einzig empfehlenswerte Heilverfahren.)

46. Gröné, O., Über Herzfehler während der Gravidität. Verh. d. obst. gyn. Sekt. d. Gesellsch. schwed. Ärzte. Hygiea Nr. 9. (Silas Lindgvist.)

47. Grube, Über die Bedeutung der Schwangerschaft für die Entstehung der Gallensteinkrankheit. Med. Klinik. Nr. 16.

48. Griffith, W. S. A., Supravaginal hysterectomy performed in place of induction of abortion and subsequent sterilisation for repeated melancholia following labours. Journ. of obst. and gyn. of the brit. emp. January. (24 jähr. Frau, die 1906 niedergekommen war, Zange. 10 Tage nach der Niederkunft wurde sie gleichgültig, melancholisch und trug sich mit Selbstmordgedanken. Sie genas dann wieder, Februar 1910 II. Partus, nach 4 Wochen wieder psychische Depressionen, unter sorgfältiger Pflege gesundete sie. Am Ende des Jahres erneute Schwangerschaft, im 3. Monat traten ähnliche Angstzustände etc. auf, so dass nach einem Konsilium mit Nervenärzten die Unterbrechung der Gravidität beschlossen wurde. Es wurde die supravaginale Uterusamputation unter Erhaltung eines Stückes der Schleimhaut des Uterus, beider Tuben und Ovarien ausgeführt, die deswegen besonders empfohlen wird, weil die normalen Funktionen der Geschlechtssphäre unter Vermeidung einer erneuten Gravidität erhalten bleiben.)

49. Guérin-Valmale et Mattéi, Triple perforation duodénale chez une femme enceinte. Bulletin de la soc. d'obst. et de gyn. . . Juin. (19 jähr. Frau im 8. Monat der Schwangerschaft erkrankte plötzlich an einem Schüttelfrost. Bald danach kam die Geburt in Gang, nach deren glatter Erledigung 16 Stunden nach dem Schüttel-

frost die Pat. an den Zeichen einer allgemeinen Peritonitis erkrankte und starb, ebenso der Föt, der wohl auch infiziert war. Bei der Sektion fanden sich im Duodenum 3 Perforationen, die nach Ansicht des Prof. Alezais vielleicht in Zusammenhang mit der Nephritis gebracht werden können. Gleichzeitig fanden sich aber in der Nähe des Duodenums 9 Askariden, die event. bei der ohnehin geschädigten Darmwand die Perforation bedingt haben können.)

50. Guérin-Valmale, Hernie diaphragmatique de l'estomac au cours de la grossesse. Réunion obst. de Montpellier. 6 Déc. Bull. de la soc. d'obst. de Paris. Nr. 9. (Eine im 8. Monat schwangere Ipara wurde eingeliefert mit Erbrechen, Kopf- und epigastrischen Schmerzen, die sich im Anschluss an eine heftige Gemütserregung und Erschrecken eingestellt hatten. Kurz darauf starb die Frau plötzlich und es fand sich bei der Sektion eine rupturierte Zwerchfellhernie, die sich auf folgende Weise erklären liess. Vor ungefähr 18 Monaten hatte die Frau einen Revolverschuss in den 6. Interkostalraum der linken Seite bekommen. Die Kugel war durch den vorderen unteren Rand der Pleurahöhle gegangen, erreichte die Zwerchfellkuppel und riss diese eine Strecke ein, erreichte dann den oberen Milzrand, durchdrang die sich vorwölbenden Muskelmassen und kam unter die Haut, wo sie extrahiert wurde. Durch die Ruhelage im Krankenhause vernarbten Verletzungen, es bildeten sich Adhäsionen, das Diaphragma wurde schlecht wieder hergestellt, aber so, dass das Peritoneum an seiner Unterfläche sich wieder vollständig bildete. Weiterhin stülpte sich das Peritoneum in den Zwerchfellspalt vor, bildete den Sack der Hernie, der in Grösse einer Faust in die Pleura sich vorwölbte. In einem dritten Zeitpunkt durch irgend eine Anstrengung oder eine andere Ursache vermehrte sich die abdominale Spannung, der Sack platzte und Magen, Netz und Kolon drängten in die Pleurahöhle, die sie ausfüllten. In der letzten Zeit traten in dem gezerrten und gedrehten Hernienmagen herdförmige Blutungen auf, von denen eine durch Selbstverdauung perforierte. Der Mageninhalt ergoss sich in die Pleurahöhle und führte so den plötzlichen Tod herbei. Die Gravidität hat hierbei entschieden einen grossen Einfluss ausgeübt, indem durch die Volumenzunahme des Uterus der Druck in der Bauchhöhle grösser und die Hochdrängung und Auseinanderdehnung des Zwerchfells befördert wurde. Auf Grund der Krankheitssymptome war das Krankheitsbild und die Hernie nicht zu diagnostizieren.)

51. *Hartmann, Henri und Henry, Viktor, Operationen an der Niere und Schwangerschaft. Révue prat. d'obst. et de paed. 25. Jahrg. Nr. 281 u. 282. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12.

52. Hartmann et Le Grand, Appendicite méconnue, avortement, mort. Bull. et mémoir. de la Société anat. de Paris. Ref. The British med. journ. Febr. 3. (Eine 32 jähr. Frau wurde nach einem Abort im 2. Monat mit Schmerzen in der rechten Ilio-cökalgegend eingeliefert. 5 Tage vorher plötzliche Schmerzen in dieser Gegend mit blutigem fötidem Ausfluss, 3 Tage später Schüttelfrost. Ausschabung der Gebärmutter und Entfernung fötider Plazentarmassen. Bald stellte sich hohes Fieber ein, Auftreibung des Leibes, dumpfe Schmerzen im hinteren rechten Hypogastrium, 2 Tage später Expektoration fötiden grauen Eiters. Ödeme der rechten Flanke, Dämpfung der rechten Thoraxseite bis zur 4. Rippe. Keine Spannung an einer besonderen Stelle des Abdomens. Plötzlicher Tod am 20. Tag nach der Einlieferung. Bei der Sektion fand sich die Spitze des nach hinten oben gelagerten Proc. vermiform. in einer kleinen Eiteransammlung, daneben Empyem der Pleura. Hartmann und Le Grand fassen den Abort als Folge der Appendizitis auf, nach der Entfernung der Plazenta ist neue frische Allgemeininfektion erfolgt.)

53. Härtel stellt eine durch Injektion von 0,5 Salvarsan von schwerer Chorea gravidarum geheilte 22 jähr. Primigravida vor. 5 Tage nach der Injektion die erste merkliche Besserung, am 12. Tage nach der Injektion geheilt entlassen. In der Diskussion berichtet Asch über den guten Verlauf eines gleichen Falles durch Bettruhe und Isolierung der Kranken, nach der Entlassung kehrten die Anfälle wieder, sistierten aber bald bei gleicher Behandlung. Manche Fälle von Chorea sind kaum zu beeinflussen, manche erst nach Unterbrechung der Gravidität, andere gehen auch trotzdem zugrunde. Demonstration Gyn. Ges. Breslau. 27. Febr.

54. Heckwolf, Gravidität bei Tabes. Wiener klin. Rundschau. Nr. 30. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 32. (Die Frau starb an Postpartumblutung, was der Verf. auf mangelhaften Muskeltonus als Folge der Tabes bezieht.)

55. *van der Hoeven. P. C. T., Ileus während der Schwangerschaft und im Puerperium. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46.
56. *Johansson, Sven, Sind bei schwierigen Fällen von Schwangerschaftspyelonephritis chirurgische oder obstetrische Eingriffe vorzuziehen? Zeitschr. f. gyn. Urologie. (21 jähr. Frau, I. gravida mit doppelseitiger Pyelonephritis. Die Nierenbeckenspülungen mit Höllensteinlösungen blieben ohne Erfolg, deshalb wurde die künstliche Frühgeburt im 7. Monat eingeleitet; da auch danach keine Besserung eintrat, wurde die rechte Niere freigelegt, aufgeschnitten zu einem Drittel in der Längsachse bis zum Nierenbecken und diese drainiert, 3 Wochen lang Harnsekretion aus der Wunde und bald darauf Heilung mit vollem Erfolg.)
57. — Sind chirurgische oder obstetrische Eingriffe bei schweren Fällen von Graviditätspyelonephritiden vorzuziehen? Allmänne svenska läkartidningen Nr. 21. (Silas Lindqvist.)
58. Jörgensen-Wedde, Dora, Über Pyelitis gravidarum. Inaug.-Diss. München. Nov.
59. Joussévitch, L., Etude clinique et hématologique de 4 cas d'anémie grave pendant la grossesse. Diss. Genf (Beuttner) Verl. Kündig. (I. Fall. 30 jähr. Frau in der 5. Schwangerschaft schwere Anämie, sie stirbt einige Zeit nach der Ausstossung eines lebenden Kindes, ohne viel Blut verloren zu haben. Hämoglobingehalt 11%, sonst ergab sich bei der Sektion keine besondere Veränderung an den Organen, Erythr. 538702, Leukoz. 4965, Polynukl. 72,36, Mononukl. 27,64. Im II. Fall einer IV para 3 Aborte, dann Zwillingsgeburt, danach starke Hämorrhagie, 8 Tage später eine zweite. Der Hämoglobingehalt bei der Entbindung 28%, steigt 19 Tage später auf 60%. III. Fall. I para von 20 Jahren mit Spitzenaffektion, Albuminurie und Mitralfehler. Frühgeburt eines toten 7 monatlichen Kindes. Hämogl. 21%, in 3 Monaten erhebliche Besserung. IV. Fall. 26 jähr. Frau, im Verlauf der zweiten Schwangerschaft schwere Anämie. 15 Monate später Eintritt ins Hospital in sehr geschwächtem Zustand. Normale Entbindung, starke Hämorrhagie danach mit 3 schweren Kollapszuständen. Frau lebt noch mit schwerer Anämie.)
60. Kalima, Tauno, Über Bruchoperationen in der Schwangerschaft. Mitteilungen aus d. gyn, Klinik v. Engström. Bd. 10. H. 2.
61. Klages, Tod in der Schwangerschaft infolge Erkrankung des Herzens. Münchner med. Wochenschr. Nr. 24. (27 jähr. I para wurde ca. 3 Wochen vor ihrer Niederkunft wegen schwerster Dyskompensationsstörungen des Herzens eingeliefert, die mit allen möglichen internen Mitteln bekämpft wurden. Plötzlicher Exitus. Auf Grund der festgestellten objektiv nachweisbaren krankhaften Veränderungen am Herzen musste die Diagnose auf eine Erkrankung der Aortenbasis angenommen werden, die durch gleichzeitige Miterkrankung des Herzmuskels kompliziert erschien. Der Sektionsbefund ergab multiple Gummen der Herzmuskulatur mit Perforationen und Höhlenbildung, gummöse Aortenendokarditis mit Insuffizienz, Döhle-Hellersche Aortitis mit primärem und sekundärem Aneurysma. Erhebliche Hypertrophie und Dilatation des gesamten Herzens, erhebliche Verfettung der Herzmuskulatur etc. Es ist daher die Behauptung Jachkes richtig, dass nicht die Tatsache eines vorhandenen Herzfehlers, sondern eine der Klappenerkrankung event. koordinierte Herzmuskelerkrankung die Gefahr bei der Schwangerschaft und Entbindung bedeutet.)
62. *Kehrer, E., Über Pyelitis gravidarum. Zeitschr. f. gyn. Urologie. S. 24—40.
63. Keppich, Jozsef, Terbes méh meyesavarodott tubá'ja által elöidézeu bélelzàródas; multét gyógyolás. (Aus der Sitzung der chirurgischen Abteilung des Kgl. Ärztevereins am 15. März 1912; Ref. Orvosi Hetilap, Nr. 16.) (Laparotomie wegen Darmokklusion bei einer Schwangeren im VI. Monate. Die Darmverschliessung verursachte die ringförmig gedrehte linke Tube. Salpingotomie, Besserung bei Fortbestand der Schwangerschaft). (Temesváry.)
64. *Kolde, Untersuchungen von Hypophysen bei Schwangerschaft und Kastration. Arch. f. Gyn. Bd. 98. Heft 3.
65. *— Über Veränderungen an der Hypophyse bei Schwangerschaft und Kastration. Bayerische Gesellschaft f. Geburtshilfe und Frauenkrankheiten. 7. Juli. Bericht Monatsschr. f. Geb. und Gyn. Nov. 598.
66. Kümmell, Nephrektomie und Gravidität. Nordwestdeutsche Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie. 11. Mai. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Nov. (Auf Grund von 13 Fällen, bei denen nach einer Nephrektomie wegen Pyelonephritis calculosa, Zystenniere oder Tuberkulose eine Schwangerschaft eintrat, kommt Kümmell zu dem Ergebnis: Die Schwangerschaft bringt die Frau nicht in Gefahr.

wenn die andere Niere funktionsfähig und nicht mehr infiziert ist. Das gilt auch für die Tuberkulose, wenn die Blase abgeheilt und die andere Niere gesund ist. Bei nicht gesunder Niere ist ein Abort zu erwarten, daher von einer Gravidität oder Heirat abzuraten. Ist die Nephrektomie wegen einer Zystenniere ausgeführt worden, so gefährdet eine Schwangerschaft die Frau. (Diskussion: Sarway, ein Fall nach rechtsseitiger Nephrolithiasis; künstliche Entbindung im Beginn der Eröffnungsperiode wegen 5% Eiweiss. Prochownik, sechs Fälle von Schwangerschaft nach Nephrektomieen (dreimal Hydronephrose durch Steinbildung, einmal pyelitisch infizierte Zystenniere. Im letzteren Falle war in der Gravidität operiert, trotzdem verlief die Schwangerschaft gut. Trotz Warnung trat wieder Gravidität ein, die Patientin entzog sich der Behandlung, überstand die Gravidität, lebt jetzt nach 14 Jahren noch kümmerlich mit grosser Zystenniere.)

67. De Lee, Joseph B., Nephritis in pregnancy. Journ. Amer. med. Assoc. 24. August. 618.

68. *Labendzinski, Franz, Über perniziöse Anämie in der Schwangerschaft. Inaug.-Diss. München. Februar.

69. Lehnert, Friedrich, Über tödliche Vergiftung durch chlorsaures Kali bei einer Gravida. Inaug.-Diss. Leipzig Sept.

70. Leimdörfer, Novak und Porges, Kohlensäureüberspannung des Blutes in der Gravidität. Zeitschr. f. Klin. Med. Bd. 75. Heft 3—4. Vortrag in der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien. 19. Jan.

71. Lichtenstein, Über Perityphlitis in der Gravidität. Ges. f. Geburtsh. u. Gyn. in Leipzig. 15. Januar. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34. (Bericht über einen Fall von Appendizitis im 8. Monat der Schwangerschaft. Operation, Inzision eines perityphlitischen Abszesses am vierten Tage nach dem ersten Anfall. Am nächsten Tage Wehen trotz reichlicher Gaben von Opium. Exitus zwei Tage später an allgemeiner diffusser Peritonitis, entstanden durch Zerreissen der Abszesswand, die zum Teil vom Uterus gebildet wurde, infolge der Uteruskontraktionen. In der Diskussion rät Herr Thiess in jedem Stadium der Appendizitis in der Gravidität zu operieren und zwar möglichst radikal. Herr Littauer rät in jedem Falle von überstandener Attacke und bei neuauftretenden Beschwerden in der Schwangerschaft zu operieren, die Appendizitis genau so wie ausserhalb der Gravidität zu behandeln. Bei verpasster Frühoperation soll man bis zur Abkapselung warten und operieren, wenn die Operation des Abszesses harmloser erscheint. Sonst ist auch er für radikales Operieren.)

71a. — Demonstration am 19. Februar: „Weitere Fälle von Appendizitis in der Gravidität. 1. Spontaner Partus im achten Monat, am vierten Tage nach dem ersten Anfall nach dem Partus Dämpfung rechts, Inzision eines perityphlitischen Abszesses, länger dauernde Schüttelfröste, Heilung. Im 2. Falle handelte es sich um eine um 360° gedrehte Tube mit blauschwarzer Verfärbung adhärent an der Appendix. Exstirpation. Am Tage nach der Operation spontaner Partus der sechsmonatlichen Gravidität. Herr Alexander berichtet über eine latente chronische Appendizitis, die durch die Schwangerschaft ungünstig beeinflusst war. Herr Thies zeigt einen von ihm exstirpierten Wurmfortsatz, der schon in der ersten Gravidität heftige Schmerzen ausgelöst hatte, ebenso in der zweiten und in der dritten, hier war spontaner Abort eingetreten. In der vierten Gravidität im dritten Monat starkes Erbrechen, Abmagerung. Laparatomie, Querschnitt, Entfernung des verwachsenen Wurmfortsatzes, ungestörter Verlauf der Gravidität.

72. Lindsledt, F., Einige Fälle von Carcinoma ventriculi in Verbindung mit Gravidität nebst Betrachtungen über Gravidität als ein disponierendes Moment für die Entstehung von Ca. Hygiea Nr. 1. (Silas Lindqvist.)

73. Lommel, Hämolytischer Ikterus und Bantische Krankheit. Med. naturwissenschaftl. Ges. Jena 25. VII. Ber. Deutsche med. Woch. Nr. 47. (Es handelt sich um eine gravide Frau mit Ikterus, so dass zunächst an perniziöse Anämie gedacht wurde. Durch die Untersuchung eines Kindes der Frau, das denselben Befund bot, wurde die richtige Diagnose gestellt. Durch künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft Besserung der Beschwerden. Das Blutbild war bei der letzten Untersuchung noch unverändert.)

74. Löwenhaupt, Fälle von Dementia paralytica und Geburt. Deutsche med. Wochenschrift Nr. 36.

75. *Mansfeld, Über Schwangerschaftspyelitiden und ihre Behandlung. Mitteilungen

aus der II. Frauenklinik Budapest. Professor W. Tauffer. Bd. II. H. 1. Verlag S. Karger. 12.

76. Mansfeld, Otto, Budapest, Terhességi pyelitis njabb esetei. Aus der Sitzung der gynäkol. Sektion des kgl. Ärztevereins am 5. März 1913; refer. Orvosi Hetilap. Gynaekologia. Nr. 3. (Bericht über einige Fälle von Schwangerschaftspyelitis, welche mittels Ureterkatheterismus geheilt wurden.)

77. Mályás Mátyás, Endekesebbesetek a szülészet köréböl. Aus der Sitzung des Siebenbürger Museumvereins am 19. Oktober 1912; refer. Orvosi Hetilap. Nr. 51. (Bericht über einige Fälle von Pyelitis gravidarum.)

78. Markoe, J. W., Kondylome am Damm während der Schwangerschaft. Bull. of the Lying-in-Hospital of New-York, Juni. Vol. VIII. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 50. (Abtragung der den ganzen Damm bis über den Anus bedeckenden Kodylome wegen starker Beschmutzung und Jauchung. Bald nach der Operation glatte Geburt à terme, Wochenbett ungestört.)

79. — und Wing, Lucius W., Die Schilddrüse und ihre Beziehungen zur Schwangerschaft und Puerperium. Bull. of the Lying-in-hospital Vol. VIII. Nr. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 19.

80. Meumann, Erich, Chorea gravidarum. Inaug.-Diss. Leipzig. (15 Fälle aus den letzten 25 Jahren der Leipziger Klinik. Besprechung der Therapie.)

81. Meyer, E., Zur Frage des künstlichen Aborts bei psychischen Störungen. Münch. med. Wochenschr. Nr. 51.

82. *Miller, Brown, Epilepsie and Pregnancy. The americ. journ. of obstetrics. February. 247. (30jähr. Pat. hatte in ihrer ersten Schwangerschaft, besonders aber im Wochenbett mehrere Anfälle gehabt, die als petit Mal gedeutet waren. In der 3 Jahre später folgenden Gravidität traten in Intervallen von 2—3 Monaten Attacken auf, die sich später immer mehr häuften. Gegen Ende der Schwangerschaft traten dann plötzlich sehr gehäufte Anfälle auf, deren Zahl in 24 Stunden auf 150 stieg, und denen die Pat. erlag. Wegen Verdachts der Eklampsie wurde die Pat. nach Dilatation des Muttermundes nach der Methode Harris schnell entbunden, doch hörten die Anfälle danach nicht auf. Gleichzeitig war im Urin eine Spur Eiweiss und hyaline und granulierte Zylinder. Die Sektion ist nicht gemacht. Es handelt sich um einen Fall schwerer Epilepsie, nicht um einen Fall von gleichzeitiger Eklampsie.)

83. — Charles H., A case of auricular fibrillation and pregnancy. The Lancet, Nov. 2. (34jähr. Frau, 3mal Gelenkrheumatismus und 4mal Chorea, ihr Herz zeigte schwere Veränderungen, stets irregulären Puls, während einer Schwangerschaft war sie schon im Hospital behandelt und hatte damals schlecht Digitalis vertragen. 4 lebende Kinder. In der 5. Gravidität ebenfalls schwere Störungen von seiten des Herzens, unregelmässiger Puls und Veränderungen, die in fibrillären Zuckungen bestanden. Diesmal reagierte Pat. sehr gut auf Digitalis, das besonders nach 3monatlicher Behandlung gerade zu Beginn der Wehentätigkeit gegeben, ausgezeichnete Wirkung hatte und die Geburt ohne besondere Störungen gestaltete. Das Digitalis brachte in der Schwangerschaft stets Pulsverlangsamung, Besserung des Lungenzustandes — bei dem manchmal schwere Dyspnoe aufgetraten war — und zeitweise Vermehrung der Diurese.)

84. Montanelli, Enterocolite ad esito letale in gravidanza e pnerperio. (Enterkolitis mit tödlichem Ausgange in der Schwangerschaft und im Wochenbette.) Atti della Società Ital. di Ostetr. e Ginec. Vol. XVIII. 4 Fälle. (Artom di S. Agnese.)

84a. *— Rottura spontanea del bulbo dell' aorta in Gravidanza al VII. mese. Spontanruptur des Aortenbulbus im 7. Schwangerschaftsmonat. La Ginecologia, Firenze IX. Nr. 12. S. 370. (Artom di S. Agnese.)

85. *Morgan, J. D., Schwangerschaftspsychosen. Med. Record. 8. IV. 1911.

86. Müller, C. E., Über das Auftreten und den weiteren Verlauf der Schwangerschaftsniere. Inaug.-Diss. Göttingen.

87. Müller, Vincenz, Über Pyelitis gravidarum. Inaug.-Diss. Zürich 1911. (Unter 25 Fällen der Wyderschen Klinik musste 3mal der künstliche Abort eingeleitet werden. Nephrotomie und Nephrektomie kamen nicht in Betracht. Sonst nichts Neues.)

88. *Newell, Cardiac complication of pregnancy and labour. Journ. of Amer. med. assoc. September p. 1147.

89. Nicolauer, Chorea gravid. mit Psychose. Breslauer psychiatrisch-neurologische Vereinigung 12. Febr. Ref. Berliner klin. Woch. Nr. 14. (18jährige hereditär be-

lastete Kranke, II para. Ungefähr im 5. Monat der zweiten Gravidität setzten akut nach kurzen Prodromalerscheinungen Chorea und Psychose ein. Letztere trug wie so häufig bei Chorea minor den Charakter des Erschöpfungszustandes: im Anfang ein ängstlich deliriöses Bild, danach ein langer Hemmungszustand. Die choreatische Unruhe geht mit der Psychose insoweit parallel, als sie mit der deliranten Unruhe zusammen abklingt. Dagegen schliesst mit ihrem Nachlass die Psychose nicht ab, überdauert sie vielmehr um einige Monate. In diesem Falle war die Chorea fast gänzlich geschwunden, schon lange bevor die Schwangerschaft abgelaufen war — ein von der Norm abweichendes Bild —, während die Heilung der Psychose zeitlich fast genau mit dem Ende der Gravidität zusammenfällt. In der Diskussion erwähnt Chotzen zwei ähnliche Fälle, ausserdem einen Todesfall und einen nach schwerer Krankheit geheilten. Die Unterbrechung der Gravidität in jedem Falle von Chorea scheint nicht berechtigt. Förster weist darauf hin, dass man zwischen Chorea minor bei einer Graviden und Chorea gravidarum unterscheiden müsste. Bei letzterer, einem sehr schweren Krankheitsbilde, stürmischer Chorea, meist mit Unfähigkeit zu sprechen, zu essen, zu schlucken und mit schwerer Albuminurie ist die Unterbrechung meist notwendig, aber nicht immer erfolgreich. Herr Kramer berichtet über 5 Fälle, von denen 3 trotz Unterbrechung der Schwangerschaft zum Exitus gekommen sind. Es fanden sich da schwere Herzveränderungen.)

90. *Nicolaux, Mécanisme du passage de l'oxyde de carbone de la mère au fötus. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Dec. Nr. 9. 971.

91. *Novak, Über Nierendiabetes in der Gravidität. Deutsche med. Woch. Nr. 40. 1868.

92. *Pellisier, P., De la viscosité du sang total chez la femme enceinte et accouchée et de ses rapports avec la tension artérielle. Bullet. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nov. Nr. 8. 851.

93. *Perazzi, P., Studio sperimentale sui rapporti fra tabagismo e gravidanza. Experimentelles Studium über die Beziehung zwischen Tabagismus und Schwangerschaft. (Folia Gynaecologica. Pavia. Vol. VII. fasc. 3.) (Artom di S. Agnese.)

94. *Plauchu, Un cas d'anémie pernicieuse de la grossesse. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris, Nov. 8. 913. (29 jähr. Frau I. Entbindung normal mit 25 Jahren; II. mit 27 Jahren; III. im 28. Jahre; alle normal. In der 4. Schwangerschaft im 29. Lebensjahre hatte Pat. viel über Dyspnoe zu klagen, das Aussehen verschlechterte sich, bleiche Gesichtsfarbe. Letzte Regel 6. Juli 1911, Aufnahme am 26. Februar 1912. Absolut bleiche Gesichtsfarbe und ausserordentliche Blässe der Schleimhäute und des ganzen Körpers, ausgesprochene Ödeme an den unteren Extremitäten, im Kreuz auf dem Unterleib und den Händen, belegte Stimme infolge Ödems der Glottis. Erbrechen, Appetitlosigkeit. Im Urin Spuren von Eiweiss. Am Herzen anämische Geräusche, beschleunigter Puls 120; Atmung 60 in der Minute. Uterus gravidus M. $7^1/_2$, lebender Fötus. Blutuntersuchung: Rote Blutkörperchen 1023000, weisse 100000. Färbeindex 0,73. Bei der Schwere des Falles und in der Hoffnung bei der vorgeschrittenen Schwangerschaft ein lebendes Kind zu erhalten Einleitung der künstlichen Frühgeburt am 2. März mit Champetierschem Ballon. Lebendes Kind, schwer zyanotisch, stirbt bald. Keine Nachgeburtsblutung. In den letzten Tagen vor dem Partus subfebrile Temperatur, nach der Entbindung allmählicher Anstieg, Tod am 5. Tage p. p. Temperatur über 39. Am Uterus keine Zeichen der Infektion. Sektion verweigert.

95. Pottet, Normale Entwickelung einer Schwangerschaft nach vorausgegangener Nephrektomie. Révue prat. d'obst. et de péd. August. Nr. 279. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 4. 1913. (Eine Frau bekam nach unsauberem Katheterismus durch eine Hebamme eine Pyonephrose der rechten Niere, die durch Nephrektomie im Juni 1908 geheilt wurde. Eine Schwangerschaft im Jahre 1912 verlief absolut normal, ohne jede Alteration der erhaltenen Niere.)

96. Pousson, Nierenstein und Schwangerschaft. Gynécologie Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27. (Bei einer Schwangeren führte ein Nierenstein des linken Nierenbeckens zu häufigen Koliken und heftigen Beschwerden. Durch Operation wurde aus dem Nierenbecken ein Phosphatstein von Olivengrösse entfernt. Naht des Nierenbeckens. Heilung. P. glaubt, dass durch die nervösen Störungen, durch physiologische und anatomische Veränderungen in der Schwangerschaft eine Prädisposition für die Entstehung von Nierensteinen geschaffen sei.)

97. *Puppel, Die Appendizitis, ihre Beziehungen zur Geburtshilfe und Gynäkologie. Ärztlicher Kreisverein, Mainz 21. Nov. Ref. Münch. med. W. Nr. 1.

98. *Raecke, Schwangerschaftspsychosen mit besonderer Berücksichtigung der Indikation zum künstlichen Abort. Med. Klin. Nr. 36. Ref. Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 40.
99. Rosenfeld, Zur Komplikation der Schwangerschaft durch Pyelitis und Pyelonephritis. Wratsch. Gaz. Nr. 3. (3 Fälle. R. resümiert seine Erfahrungen im Sinne der Schlusssätze Weindlers. (H. Jentter.)
100. Rouvier et Laffontä, Ictère émotif au cours de la grossesse. Accouchement avant terme, Ictère grave. Mort de la mère. Bull. de la soc. d'obst. et de Gyn. de Paris etc. April. (31jähr. IV para, die im Anschluss an den plötzlichen Tod ihres Kindes durch einen Unglücksfall ikterisch geworden war, künstliche Frühgeburt, ikterisches Fruchtwasser, lebendes Kind. Tod nach fieberhaftem Verlauf des Wochenbettes an Ikterus gravis. Sektionsergebnis fehlt.)
101. Rübsamen, Über Schilddrüsenerkrankungen in der Schwangerschaft. Arch f. Gyn. 98. S. 268.
102. *— Schilddrüse und Schwangerschaft. Gynäkol. Ges. zu Dresden. 18. Januar. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25.
103. *Sänger, Über Nervenerkrankungen in der Gravidität. Nordwestdeutsche Ges. f. Geb. u. Gyn. 11. Mai, Ber. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Nov. pag. 612 u. Münch. med. Wochenschr. Nr. 41.
104. Santi, E., Ustioni materne e gravidanza. (Brandwunden der Mutter und Schwangerschaft.) Atti della Società Ital. di Ostetr. e Ginec. Vol. XVIII. (In einem von ihm beobachteten Falle von Brandwunden der Mutter hatten dieselben den Tod des Fötus und somit die Geburt zur Folge. Die in den fötalen Organen [Leber, Nieren] vorgefundenen Veränderungen erklären den Tod und sind denen gleich, die nach Intoxikationen auftreten können.) (Artom di St. Agnese.)
105. Sauvage, Goitre exophthalmique et grossesse (Basedow und Schwangerschaft). Bullet. de la soc. d'obstetr. et de gyn. de Paris. 5. 448—53. Bericht über einen Fall von Basedow bei einer 35jährigen Frau, die bis zu ihrem 31. Jahre im allgemeinen gesund gewesen war. Da traten sehr ausgesprochene Erscheinungen von Basedowscher Krankheit auf, Exophthalmus, besonders links, Störungen in den Augenbewegungen, Neigung zum Strabismus etc., Pulsbeschleunigung und Vermehrung des Halsumfanges, Vergrösserung der Thyreoidea, Handzittern, Zittern der Zunge. Gleichzeitig traten starke Unregelmässigkeiten der Periode ein, bis Pat. dann gravida wurde. Wahrscheinlich erfolgte im 2. Monat eine Abtreibung der Frucht. Von dem Augenblicke an trat eine auffallende Besserung im Befinden der Pat. ein und damit kehrte auch die Periode regelmässig wieder. Eine neue Gravidität überstand die Pat. vollkommen gut, es trat nicht die geringste Verschlechterung des Allgemeinbefindens und des Basedow ein. Der 2. Fall einer 22jährigen Ipara betrifft ebenfalls einen schweren Fall von Basedowscher Krankheit. Während die Pat. bis zum 20. Jahr immer einigermassen regelmässig menstruiert, wurden die Menses nach Beginn der Erkrankung sehr unregelmässig. Pat. musste ein Jahr lang ihre gewohnte Arbeit aufgeben, sie wurde dann gravid und wurde wegen ihrer Herzveränderungen, des Exophthalmus etc., in der Schwangerschaft behandelt. Nach einem Monat waren die Beschwerden besser und Pat. befand sich bis zum Ende der normalen Schwangerschaft sehr wohl. Beide Fälle haben das Gemeinsame, dass unter Beobachtung und entsprechender Behandlung der Basedow nicht schlimmer, sondern eher durch die Schwangerschaft gebessert wurde. Aus der Unregelmässigkeit der Menses lässt sich ein Schluss auf den Zusammenhang zwischen der Thyreoidea und den Ovarien ziehen. Jedenfalls geht die Veränderung in der Schilddrüse einher mit einer Störung der inneren Sekretion der Ovarien und es ist möglich, dass durch das Sistieren der Funktion der Ovarien in der Schwangerschaft gerade beim Basedow ein günstiger Einfluss auf die Erkrankung ausgeübt wird. In der Diskussion berichtet Bouffe de St. Blaisse über einen gleichen Fall einer Frau, die vor der Verheiratung Zeichen von B. geboten, die aber sofort nach der ersten Schwangerschaft sich besserten.)
106. *Schickele, Beitrag zur Kenntnis der Pyelitis und Nierenbeckenerweiterung während und ausserhalb der Schwangerschaft. Arch. f. Gyn. Bd. 98. H. 1. S. 221—252.
107. *Sieber, H., Experimentelle Beiträge zur Ätiologie der Pyelitis gravidarum. Zeitschr. f. gyn. Urologie. Bd. 3. H. 6.
108. *Siedeberg, Emily H., Schwangerschaftsalbuminurie. Brit. med. Journ. 19. Okt. Ref. Deutsch. med. Woch. Nr. 45.

109. *Spire et Perrin, Un cas d'anémie pernicieuse de la grossesse. Examen hématologique du sang maternel et du sang fötal. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nov. Nr. 8, 949. (Es handelt sich um eine 22jähr. Ipara, die bisher vollkommen gesund gewesen war und vom 5. Monat ihrer Schwangerschaft ab unter den Zeichen einer schwereren perniziösen Anämie erkrankte. Es kam zur spontanen Geburt am Ende des 8. Monates, 8 Stunden später starb plötzlich die Kranke unter den Zeichen schwerster Dyspnoe, das Kind war totgeboren. Die Blutuntersuchung ergab bei der Pat.: Erythrozyten 218800, Leukozyten 3800; davon Lymphozyten 12 $^0/_0$, Grosse Mononukleäre 0,5 $^0/_0$, Neutrophile Polynukleäre 75,5 $^0/_0$, Eosinophile 2 $^0/_0$, Mastzellen 1 $^0/_0$, Myelozyten neutrophile 4,5 $^0/_0$, eosinophile 1 $^0/_0$, Übergangsformen 1,5 $^0/_0$, degenerierte Leukozyten 2 $^0/_0$. Unter den 218800 roten Blutkörperchen waren: Kernlose rote Blutkörperchen von normaler Form 25 $^0/_0$, Makrozyten 16 $^0/_0$, Mikrozyten 17,5 $^0/_0$; kernhaltige rote Blutkörperchen; Monoblasten 2 $^0/_0$, Megaloblasten 1 $^0/_0$. Veränderte rote Blutkörperchen vakuoläre 26,5 $^0/_0$, kernlose oder Schlägerformen 10 $^0/_0$. Im Blut des Fötus zeigten sich normale Verhältnisse (genaue Angabe der einzelnen Formen).

110. *Tchertkoff, J., Beitrag zur Frage der schweren Anämien in der Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Paris. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2. 1913.

111. Tédenat, Appendicectomie au cours de la grossesse. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Dec. Nr. 9. 996. (Nach den Mitteilungen von Donohue kommen 80 $^0/_0$ Appendizitiden in der Schwangerschaft im 4.—5. Monat vor. Die Statistik von Abrahmas von Boje ergibt 52,3 $^0/_0$ Mortalität bei der deutlich ausgesprochenen Schwangerschaftsappendizitis. Tédenat hat 9 Frauen im 3.—4. Monat der Gravidität mit sehr gutem Erfolg ohne Mortalität operiert, die alle schon früher einen Anfall durchgemacht hatten. Er rät deshalb, wenn schon einmal ein Anfall vorausgegangen ist, stets zur Appendizektomie in der Gravidität). Diskussion: Rouville schliesst sich Tédenat an. Delmas weist auf die Schwangerschaftskolibazillose hin als häufige Ursache der Appendizitis in der Gravidität und auf die Schwierigkeit der Diagnose durch die Verlagerung der Ileocökalgegend und Organe durch den wachsenden Uterus; ebenso Rouville unter Anführung eines Falles von Myom mit Pyosalpinx; Schwangerschaft und Myome begünstigen beide die häufigen „hohen Salpingoophoritiden“ und erschweren ihre Diagnose.

112. Treub, H., Zwangerschafshämaturie. Ned. Tijdsch. v. Gen. II. p. 900. (Auf Grund 19 Fälle von Hämaturie, deren Krankengeschichte ausführlich mitgeteilt und kritisch besprochen werden, konstatiert Treub, dass man das Recht hat von Schwangerschaftshämaturie zu reden, in dem Sinne, dass die Schwangerschaft auf verschiedene Weise, durch Autointoxikation, durch passive und aktive Hyperämie Nierenblutungen veranlassen kann, jedoch nur bei kranken oder jedenfalls minderwertigen Nieren.) (A. Mijnlieff.)

113. *— Hektor, Beitrag zur Frage der Schwangerschaftshämaturie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Ergänzungsheft. S. 28.

114. *Tuszkai, Heart disease in pregnancy. Amer. journ. of obst. Nov. 1912.

115. Vicarelli, G., Malattie professionali e gravidanza. Berufskrankheiten und Schwangerschaft. Atti della Socièta Ital. di Ostetr. e Ginec. Vol. XVIII.

116. Voron et Gerest, Sur un cas d'anémie gravidique pernicieuse. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. Paris. Nov. 8. 909. (31jährige Pat., die in ihrer Jugend keine besonderen Krankheiten durchgemacht hat. Menses im 11. Jahr. 1. Schwangerschaft ohne Besonderheiten, im 2. Wochenbett Fieber. In der 3. Gravidität allgemeine Mattigkeit, Kopfschmerzen und auffallende Blässe im Gesicht, konnte aber ihre Arbeit voll verrichten. Nach der Niederkunft vollkommene Wiederherstellung. In der 4. Schwangerschaft schwacher Blutabgang z. Z. der Periode, auffallende Blässe der Haut und der Schleimhäute ungefähr im 5. Monat der Schwangerschaft, leichtes Ödem der Knie- und Unterschenkelgegend und auf dem Fussrücken. Am Herzen Beschleunigung des Pulsschlages, Puls 110, anämische Geräusche, an den übrigen Organen nichts Besonderes. Blutuntersuchung: Erythrozyten 750000, Leukozyten 5580; keine Myelozyten, keine roten kernhaltigen Blutkörperchen. Polynukleäre 75 $^0/_0$, Lymphozyten 21 $^0/_0$, Megaloblasten 4 $^0/_0$, Eosinophile 0 $^0/_0$. Frühgeburt im 6. Monat spontan; danach keine Blutung, manuelle Plazentarlösung. In den Tagen danach leichte puerperale Infektion (?), Temperatur 15 Tage lang zwischen 38 und 39°, Puls ca. 120. Die anämischen Erscheinungen bleiben weiter bestehen ohne Verschlimmerung oder Besserung. Allmählich anscheinend Besserung. Eisenarsenbe-

handlung per os und subkutan. Nach 4 Wochen rote Blutkörperchen 2824400, weisse 14000, weder Normoblasten, noch Megaloblasten, noch Myelozyten. Normales Leukozytenbild. Allmählich weiter fortschreitende Besserung. Irgendwelche Zeichen der Blutregeneration — kernhaltige rote Blutkörperchen — waren nicht zu finden. Der Einfluss der Schwangerschaft auf die perniziöse Anämie ist wohl in diesem Falle nicht zu bezweifeln.)

117. Voron et Volmat, Sur un cas d'albuminurie grave de la grossesse. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Dec. Nr. 9. 81. (28jähr. Frau, die in ihrer Jugend an schwerer Chlorose gelitten, sich aber dann bis zum 20. Jahre sehr wohl gefühlt hatte. Die ersten beiden Schwangerschaften ohne Befund. Im 6. Monat der III. Gravidität leichte Albuminurie, im 8. Monat leichtes Ödem an den Unterschenkeln bis zum Oberschenkel reichend, heftige Kopfschmerzen. Aufnahme ins Hospital, flüssige Kost, Milchregime. Im Urin im Liter 2—6 g Eiweiss. Von der beschlossenen Unterbrechung der Schwangerschaft wird Abstand genommen. Im 10. Monat der Gravidität findet sich im Blut 1,7 g Harnstoff im Liter, während im normalen Blut nur 0,5 g vorkommen soll. Im Urin fand sich nur 7 g im Liter. 8 Tage nach dem Endtermin normale Entbindung, am Abend Temperatur 38,4, am nächsten Tage nehmen die Ödeme noch zu, verschwinden aber bald. Man hätte in diesem Falle wegen der Erhöhung des Harnstoffs im Blute an die Unterbrechung der Schwangerschaft denken können, aber da bei der klinischen Beobachtung der Zustand sich nicht verschlimmerte, konnte man ruhig zusehen.)

118. *Voudouris, C. L., Beitrag zur geburtshilflichen Behandlung des Diabetes mellitus in der Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Lyon.

119. *Welch, Edgar J., Normal human blood serum in obstetric and pediatric practice. The amer. journ. of obstetr. April. S. 597.

120. *Whipple, G. H., Pregnancy and Chloroform Anaesthesia. Journal of experimental med. New York. March XV. No. 3. Ref. Journal of Amer. med. Assoc. March 30.

121. *Widal, F., et R. Bénard, Pyélonéphrite gravidique descendante par septicémie colibacillaire. Journal d'urologie. I. Nr. 3. 15. März. Ref. La presse méd. Nr. 46.

122. *Wohlgemuth, Heinz, Über die Appendizitis beim Weibe, ihre Beziehungen zu den Adnexen und zur Tubarschwangerschaft. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 10. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 11.

123. Zabel, Meliturie bei Gravidität. Meckl. Ärztevereinsbund, Schwerin, 9. Juni 1911. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 2. (26 jähr. Pat. Pruritus vulvae. Gravidität 3½ Monat. Morgenharn ¾% Zucker. Anamnese ohne Befund. Im ungestörten Verlauf der Gravidität stets glykosurische Glykurie. Bei diätetischer Berücksichtigung der sich ergebenden anfänglichen Toleranzgrenze von 100 g Weissbrot während der Schwangerschaft allmähliches Ansteigen des Zuckers bis auf 2% der etwa 1¼ Liter betragenden 24 ständigen Durchschnittsmenge kurz vor der normalen Geburt eines gesunden Kindes. Vom Tage des Partus ab war die Zuckerausscheidung wie abgeschnitten und ist seitdem, trotz — namentlich während des Stillens — reichlich erfolgter Aufnahme von Kohlehydraten dauernd geblieben.)

Pellissier (92) hat an der Klinik Tarnier unter Paul Bar den arteriellen Blutdruck, die Viskosität des Blutes während der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei 27 normalen Frauen, drei Tuberkulösen, bei 13 Frauen mit Albuminurie und bei einer Eklamptischen studiert und ist zu folgenden Schlüssen gekommen:

1. Bei Frauen mit normalem Gesundheitszustand verändern Schwangerschaft und Geburt den Blutdruck und die Viskosität wenig; die Viskosität ist indessen leicht erniedrigt und die Kurve des Blutdrucks nimmt im letzten Moment der Gravidität eine unregelmässige Form an.

2. Bei den Albuminurischen ist die Erniedrigung der Viskosität einhergehend mit der Erhöhung des arteriellen Drucks Zeichen der „bloquage renal".

3. Bei den Tuberkulösen mit niedrigem arteriellem Druck zeigt die progressive Erhöhung der Blutviskosität eine schwere Form der Krankheit an.

Die Vergleichung der Kurven des arteriellen Drucks und der Blutviskosität wird also in einer Anzahl Fälle wertvolle Fingerzeige geben: 1. für das Studium

der Nierenfunktion bei der Schwangeren, 2. für die Prognose gewisser Formen von Lungentuberkulose.

Die Hydrorrhoea gravidarum wird nach den Ausführungen von Beckmann (11) dadurch ausgelöst, dass meist geringfügige Traumen, von den Frauen vielfach nicht bemerkt, vorausgehen, die allein oder durch nicht fühlbare Schwangerschaftswehen den Eihautriss verursachen. Die Placenta marginata bei der Hydrorrhoe muss als Folge der amnialen Hydrorrhoe angesehen werden und darf nicht als ein Beweis für das Bestehen einer Endometritis decidua herangezogen werden.

Whipple (120) stellte Experimente an über den Gebrauch von Chloroform bei Schwangeren, bei denen eine Anästhesie für eine halbe Stunde oder länger erforderlich war. Er kommt zu dem Schluss, dass Chloroformanästhesie für wenige Minuten gegen Ende der Entbindung erlaubt ist, dass hingegen bei operativen Massnahmen vor oder nach der Entbindung Chloroform ein gefährliches Anästhetikum und sicher fähig ist, Veränderungen der Leber in ähnlicher Weise wie bei normalen Personen hervorzurufen.

Nach den experimentellen Untersuchungen Nicolaux (90) geht das Kohlenoxyd von der Mutter zum Föt über durch Vermittlung des Blutplasmas.

Die Untersuchungen Hartmanns und Henrys (51) ergeben, dass es nachgewiesen ist, dass die Nieren während der Schwangerschaft eine geringere Arbeit zu leisten haben als im normalen Leben. Es ist daher theoretisch nicht anzunehmen, dass eine Nephrektomie oder sonstige Operation an einer Niere in der Schwangerschaft grössere Gefahren in sich tragen sollte als ausserhalb derselben. Dafür sprechen nun auch die Tatsachen. Nach dem vom Verf. zusammengestellten eigenen und literarischen Material waren die Operationen an sich in der Schwangerschaft nicht gefährlicher als ausserhalb derselben. Die Schwangerschaft erreichte in den meisten Fällen ihr normales Ende. Aueh spätere Schwangerschaften zeigten bei Vorhandensein nur einer Niere keine besonderen Gefahren für die Frauen.

Siedeberg (108) fand unter 1127 schwangeren Frauen 289 = 25,6 % mit Albumen im Urin. Unter diesen letzteren waren Komplikationen vor oder nach der Geburt, wie Blutungen, adhärente Plazenta, Placenta praevia, Totgeburten häufiger als bei Frauen mit normalem Urin. Eklampsien traten nur bei fünf von diesen 289 Frauen ein. — Die Frauen, welche oft schon in den ersten Monaten der Schwangerschaft zur Untersuchung ins Hospital kamen, wurden nach Feststellung von Albumen im Urin über die Diät belehrt und zur wiederholten Urinuntersuchung aufgefordert. Dadurch wurde in mehreren Fällen das Eiweiss beseitigt.

Die Hämaturien in der Schwangerschaft, besonders in den letzten vier Monaten, können renalen oder vesikalen Ursprungs sein. Für letztere sprechen die erweiterten Gefässe in der Blase. Der Grund dieser Hämaturien besteht nach Dor und Moiroud (27) in mechanischen und toxischen Faktoren. Alle anderen Ursachen ausser der Gravidität müssen bei der Diagnose ausgeschlossen werden, in einzelnen Fällen ist die Hämaturie das erste Zeichen von Nierentuberkulose. Die Behandlung besteht in Tieflagerung des Kopfes bei Nierenblutung und Blasenspülung zur Verhütung der Infektion. Bei Blasenblutungen Eis auf das Hypogastrium und Adrenalininjektionen in die Blase; Borspülungen und Instillationen von 1 % Silbernitrat. Bei abundanten Blutungen in der Blase ist Aspiration der Blutkoagel erfolgreich, allenfalls Kystotomie, um die blutenden Gefässe zu fassen und zu unterbinden. In schweren Fällen käme bei Nierenblutungen die Nephrotomie oder die Dekapsulation in Frage. Einleitung des Aborts oder der künstlichen Frühgeburt sind mit Erfolg versucht worden, doch sind diese nur für die schwersten Fälle zu reservieren.

Treub (113) berichtet zunächst über einen Fall von Schwangerschaftshämaturie einer 27 jährigen II para, die in ihrer ersten Schwangerschaft Hämaturie gehabt, dieselbe aber bald wieder überstanden hatte. In der zweiten Schwangerschaft trat dann aber im 3. Monat die Erkrankung so schwer auf, dass Patientin durch den täglichen Verlust von ca. 20 ccm Blut sehr herunterkam und die Schwangerschaft

unterbrochen werden musste. Die Kranke erholte sich danach sofort. Im Anschluss daran berichtet Treub noch über weitere 18 Fälle von Hämaturie in der Schwangerschaft aus seiner Klinik, die verschiedene Krankheitsbilder boten. Er kommt zu dem Schluss, dass man berechtigt ist von einer Schwangerschaftshämaturie zu reden insoweit, als die Schwangerschaft in verschiedener Weise, durch Autointoxikation, durch passive und durch aktive Hyperämie, Veranlassung gibt zu Nierenblutungen, jedoch nur bei erkrankter oder allenfalls minderwertiger Niere.

Novak, Porges und Strisower (91) beschreiben kurz einen Fall einer im 5. Monate Graviden, die eine Zuckerausscheidung von 5—15 g zeigte, ohne wesentliche von der Kohlehydratzufuhr abhängige Schwankungen; sie konnten bei ihren systematischen Untersuchungen an Schwangeren noch weitere 5 Fälle in kurzer Zeit finden. In dem Mangel einer Hyperglykämie und einer relativen Unabhängigkeit der Glykosurie von alimentären Faktoren sind zwei wesentliche, charakteristische Symptome des Nierendiabetes zu erblicken. Diese Fälle sind Beispiel einer der Schwangerschaft eigentümlichen Anomalie, die klinisch als Diabetes imponiert und als renale Glykosurie aufzufassen sind. Diese Art des Diabetes verschwindet sehr bald im Wochenbett.

Bingel (13) kommt auf Grund seiner Untersuchungen an einem Fall von Diabetes mit Schwangerschaft zu dem Schluss, dass die Schwangerschaft den behandelten Diabetes nicht beeinflusst, ebensowenig die Gravidität der Diabetes. Es ist deshalb Diabetes in der Schwangerschaft nach den Regeln der Diabetestherapie zu behandeln. Wenn er dabei keine Zeichen der Verschlimmerung bietet, so besteht keine Indikation, die Schwangerschaft zu unterbrechen. Mutter und Kind können gerettet werden.

Bei Diabetes mellitus ist die Zweckmässigkeit der Unterbrechung der Schwangerschaft noch immer fraglich (Voudouris [118]). Jeder Fall muss für sich betrachtet werden. Abwarten ist berechtigt:

1. Bei Frauen, die einen leichten Diabetes haben, wo Glykosurie abnimmt, sogar gänzlich verschwindet, je älter die Schwangerschaft wird.

2. Bei Frauen mit schwerem Diabetes und schlechtem Allgemeinzustand von Anfang der Gravidität an. Bei solchen Patienten ist die künstliche Frühgeburt nur als Therapie „in extremis" zu betrachten. Ihre Wirksamkeit ist gleich Null.

Unterbrechen darf man bei Diabetes mellitus:

a) Bei Hydramnion mit schweren Druckstörungen.

b) Bei Patienten mit gut ertragenem Diabetes, bei denen aber die Glykosurie, obgleich behandelt, eine Tendenz zur Verschlimmerung hat und deren Kind zum Riesenkind auswächst (solche Kinder sterben gewöhnlich am Ende der Schwangerschaft).

Ausser einer eigenen Beobachtung fanden Chavannes und Loubat (18) nur 4 Fälle von grossen Leberabszessen in der Gravidität in der Literatur, in denen ohne einen Zusammenhang mit den sonst bekannten Ursachen im Anschluss an eine Schwangerschaft ein Leberabszess auftrat. In dem eigenen Falle stellten sich am 9. Tage des dritten Wochenbettes nach Eklampsie Schmerzen im rechten Hypochondrium als erste Zeichen des Leberabszesses ein. Die Symptome sind wenig charakteristisch, konstant ist nur der Schmerz im rechten Hypochondrium; Verff. beobachteten eine Glykosurie, die vorher nicht bestanden hatte und auch nach der Operation weiter bestand; die übrigen 4 Kranken gingen an ihrem Leiden zugrunde. Die Diagnose war nur in einem Falle gestellt. Die Syndrome: grosse Leber, Schmerz im rechten Hypochondrium, Fieber während der Schwangerschaft und im Wochenbett sollte Anlass geben, an die Möglichkeit eines Leberabszesses zu denken.

van der Hoeven (55) hat 94 Fälle von Ileus in der Schwangerschaft und im Puerperium gesammelt. In den Fällen, in denen auch bei der Operation und

der Autopsie keine Ursache gefunden wurde, nimmt er an, dass in der Schwangerschaft die wachsende Gebärmutter im Beckeneingang den Darm zudrückt. Wenn der untere Teil der Gebärmutter von unten in den Beckeneingang gezogen oder von oben hineingedrängt wird, ist besonders bei Beckenverengerung die Möglichkeit, dass das Rektum zugedrückt werden sollte, nicht imaginär. Er hat das bei einer Laparotomie im 3. Schwangerschaftsmonat absolut sicher als die Ursache und als die einzige Ursache der Ileuserscheinungen feststellen können. Das gleiche ist der Fall im Wochenbett, wenn die noch vergrösserte Gebärmutter bei Rückbildung der Vagina nach unten gezogen wird. Auch der Partus praematurus, der in einigen Fällen nach einer ergebnislosen Laparotomie eintrat, brachte Besserung.

Kolde (65) fand bei seinen Untersuchungen über die Veränderungen an der Hypophyse bei Schwangerschaft die Untersuchungen von Erdheim und Stumme bestätigt, nämlich eine Vergrösserung der Hypophyse und eine Vermehrung der Haupt- oder chromophoben Zellen des Vorderlappens, sowohl bei Tieren als auch bei Menschen. Bei älteren Tieren, die schon mehrmals geworfen hatten, waren ebenfalls die Hauptzellen gegen die Norm vermehrt. (Schnittrichtung der Hypophysen horizontal, beste Färbemethode: Hämalaun-Eisenalaun-Eosin.)

Nach der Kastration bei Tieren fand Kolde die Untersuchungen Fichras und Jutaka Kons bestätigt, die sich in einer Gewichtsvermehrung der Hypophyse und kolossalen Vermehrung der eosinophilen Zellen äussert.

Durch die infolge Kastration ausfallende innere Sekretion des Ovars wird die Hypophyse zu stärkerer Tätigkeit und zur Hypertrophie angeregt. Das gleiche tritt bei der Schwangerschaft ein, wo durch die Hypofunktion des Ovars, in dem das Corpus luteum die Aufgabe der Hemmung der Ovarialfunktion bis zu einem gewissen Grade hat, eine andere Art der Hypertrophie und Hyperfunktion der Hypophyse hervorgerufen wird.

Die Hypophyse ändert ihre histologische Zusammensetzung während des Lebens (Kolde [65]). Man findet:

1. Eine Vergrösserung des Organs während der Schwangerschaft, die bedingt ist durch Zunahme der Hauptzellen. Die Hauptzellen zeigen eine Veränderung insofern, als ihr Protoplasma deutlicher darstellbar wird (Schwangerschaftszellen). Diese Veränderung ist bei zunehmender Schwangerschaft und bei gehäufter Schwangerschaft deutlicher. Dies gilt sowohl beim Kaninchen und Meerschweinchen, als auch beim Menschen.

2. Eine Vergrösserung des Organs ist nach Kastration und zwar nach längerdauernder Kastration deutlicher als kurz nach der Kastration. Die Vergrösserung findet histologisch ihren Ausdruck in der Vermehrung der eosinophilen Zellen. Dies gilt für Kaninchen und wahrscheinlich auch für den Menschen.

3. Zwischen den Geschlechtsorganen und der Hypophyse besteht eine Korrelation insofern, als während der Schwangerschaft eine Vermehrung der Hauptzellen in der Hypophyse stattfindet, der Ausfall der Ovarialtätigkeit dagegen nach Kastration eine Vermehrung der eosinophilen Zellen der Hypophyse zur Folge hat.

Rübsamen (102) berichtet über Schilddrüsenveränderungen in der Schwangerschaft, die er 1910/11 an dem Material der Berner Frauenklinik gemacht hat. Bei einem 16jährigen Mädchen mit Myxödem Verschlimmerung der Symptome in der Gravidität, nach der Geburt Besserung. Bei 2 Frauen mit sporadischem Kretinismus mit Sectio caesarea entbunden, waren die Symptome während der Schwangerschaft schwerer als im Wochenbett. Eine Kretinoide wurde während der Schwangerschaft zur Kretinen. In einem Falle von typischem Basedow waren die Symptome in der Schwangerschaft geringer als vor und nach derselben. Die Berechtigung zur Einleitung des künstlichen Aborts dabei ist ungerechtfertigt.

Von 718 beobachteten Schwangeren hatten 643 (89,5 %) eine nachweisbare Hypertrophie der Schilddrüse, bei 246 (34,2 %) handelte es sich um Schilddrüsenerkrankungen, die sich auf Erst- und Mehrgebärende gleichmässig verteilten. Sämtliche Mehrgebärende gaben mit Bestimmtheit an, dass ihr Kropf von Schwangerschaft zu Schwangerschaft gewachsen sei. Bei 7 Multiparen waren sehr grosse, stenosierende Strumen vorhanden. Bei 14 Frauen (8 Erst- und 6 Mehrgebärende) mit operierter Struma trat in der Schwangerschaft in 6 Fällen (2 Erst- und 4 Mehrgebärende) ein Rezidiv ein. Unter den Rezidivfreien waren 2 Erstgebärende mit operiertem Basedow. 77 Erstgebärende und 153 Mehrgebärende überstanden Schwangerschaft und Geburt ohne besondere Krankheitserscheinungen. Bei einer dicken untersetzten II para mit Struma vasculosa diffusa stieg der Halsumfang bei der Geburt von 55 cm auf 76 cm an, trotz lebensgefährlicher Dyspnoe und Herzklopfen glücklicher Verlauf. In einem anderen Falle von Dyspnoe nahm diese während der Chloroformnarkose (Zange) ab. In den 7 schweren Fällen waren sekundäre Herzveränderungen im Sinne des Kocherschen und Roseschen Kropfherzens da. In einem besonders schlimmen Falle mit retrosternalem Kropf musste die Frühentbindung bei Zwillingen und schwersten Erscheinungen ausgeführt werden. Danach baldige Besserung. Die Behandlung der Hypothyreosen besteht in Darreichung von Schilddrüsenpräparaten, die bei Hyperthyreosen kontraindiziert sind. Bei diesen (Basedow) schöne Erfolge mit Phosphor. Bei der Struma stenotica Wahl zwischen möglichst rascher Entbindung (vaginaler Kaiserschnitt) und Tracheotomie oder Strumaoperation. Erstere sind von den Gynäkologen vorzuziehen und dann die Patienten dem Chirurgen zu überweisen.

Von den 9 mit Struma behafteten Neugeborenen, deren Mütter alle Strumen hatten, kamen 2 tot und 5 asphyktisch zur Welt, die übrigen 2 in Gesichtslage geboren, waren nicht asphyktisch. Die Gesichtslage ist dabei sehr günstig, die Strumen lagen alle im Kieferwinkel.

In der Diskussion lehnt Hönnicke die Gravidität als Heilmittel für Morb. Basedow ab, widerrät vielmehr Basedowkranken die Gravidität, um vorher den Basedow zur Heilung zu bringen. Es ist ein Unterschied, ob die Gravidität eintritt in einer Phase, wo der Basedow abklingt und wo er zu exazerbieren beginnt. Bei Tracheostenose rät er wennmöglich zur Strumektomie. Zu versuchen ist ferner eine ausgiebige Venaesectio am Arm der Seite des Hindernisses, um die Stauung und damit den Druck herabzusetzen. Bei Adipositas sind gut überwachte Entfettungskuren in der Schwangerschaft nützlich. — Rübsamen rät von der Strumektomie in der Schwangerschaft ab, da sich die Grösse des zurückzulassenden Stückes schwer bestimmen lässt und danach leicht einmal Ausfallserscheinungen auftreten können.

Bekannt sind seit längerer Zeit die allerdings nicht regelmässigen Menstruationsstörungen bei Basedow. Nach den Untersuchungen von Birnbaum (14) kann die Periode, wenn sie auch in der Mehrzahl der Fälle normal verläuft, selbst in leichteren Fällen gehäuft und zu stark auftreten, während sie in schwereren Fällen meist kürzere oder längere Zeit zessiert. Bei Besserung des Leidens gehen diese Erscheinungen vorüber. Unter den trophischen Störungen erwähnt Birnbaum das Zusammentreffen von Basedow mit Uterusmyomen. Die grosse Zahl von Basedow mit Schwangerschaft kommt gar nicht zur ärztlichen Behandlung, weil sie symptomlos oder mit nur geringer Steigerung der Beschwerden verläuft. In anderen Fällen tritt eine Verschlimmerung der Symptome, in erster Linie der Tachykardie, des Exophthalmus und der Struma ein. Diese Verschlimmerung geht in der Regel nach der Geburt zurück, zuweilen wird sogar eine mehr oder minder weitgehende Besserung des Basedow beobachtet. Selten bleibt eine Verschlimmerung nach der Geburt dauernd bestehen. Hochgradige Verschlimmerung und Todesfälle sind ganz selten. Von einer grundsätzlichen Ehekonsensverweigerung bei basedowkranken Mädchen kann ebensowenig die Rede sein, wie von einem

prinzipiellen Schwangerschaftsverbot bei verheirateten Frauen. Nur in schweren Fällen und bei schwer neuropathischen Individuen käme dies in Frage.

Nach Mitteilung eines in vieler Beziehung interessanten Falles, in welchem die momentane Lebensgefahr eine Tracheotomie nötig gemacht und alsdann die Strumektomie die Kompression der Trachea aufgehoben, eine Schilddrüsenimplantation die Cachexia strumipriva beseitigt und die künstliche Einleitung der Frühgeburt oder des Abortes die Schwangerschaftstetanie abgebrochen hatte, was durch Epithelkörperchenimplantation nicht gelungen war, bespricht v. Beck (10) die Indikationen der operativen Behandlung der Schilddrüsenerkrankungen in der Schwangerschaft. Sie ist indiziert bei intrastrumösen Blutungen (Tracheotomie oder Strumektomie), bei Strumen, welche durch starke Verschiebung und Einkeilung, Einwucherung rasch zunehmende Stenosen machen (Tracheotomie, Strumektomie, künstliche Frühgeburt, ev. Sectio caesarea), bei akuter purulenter oder phlegmonöser Strumitis (quere Halsweichteilspaltung, Inzision des erkrankten Strumaabschnittes, Strumektomie, Tracheotomie), bei Thyreotoxen und Morbus Basedowii, bei rascher und anhaltender Zunahme der Beschwerden (Strumektomie eines Seiten- und des Mittellappens, Unterlassung jeglichen Eingriffes bei schwerem Basedow), bei Cachexia strumipriva (Schilddrüsenimplantation ev. künstliche Frühgeburt), bei Tetanie (Epithelkörperchenimplantation, künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft, bei Wiederkehr Sterilisation).

In 32 Fällen hämorrhagischer Diathese hat Welch (119) menschliches Blutserum angewandt und zwar in Fällen, in denen die Neugeborenen schwächlichster Konstitution eine fortschreitende Gewichtsabnahme zeigten. In Fällen von Melaena neonatorum, bei Blutern; ferner bei septischen Zuständen, bei Bakteriämien, Peritonitiden, bei Sepsis nach Abortausräumungen, bei Meningitis hervorgerufen durch Staphylococcus, Streptococcus, und Pneumococcus. Welch glaubt, dass bei allen diesen Zuständen eine Störung in dem Fermentgleichgewicht der Blutgefässendothelien, dass in ihnen eine Unterernährung besteht. So kann bei blutenden Neugeborenen infolge der mangelhaften Ernährung der Endothelien eine Autointoxikation zustande kommen, so kann eine mangelhafte Blutstillung infolge fehlender thrombokinetischer Substanzen sich ergeben usw., eine Septikämie infolge abnormer Durchlässigkeit der Endothelien für Bakterien. Bei der Einfachheit der Gewinnung menschlichen Blutserums ist die Injektion des Serums entschieden der Transfusion mit ihren mannigfachen Gefahren vorzuziehen.

Nach der Arbeit von Tchertkoff (110) scheint die Schwangerschaft nicht die hervorbringende Ursache der schweren Anämien in der Gravidität zu sein, sondern nur ein wichtiger Hilfsfaktor bei prädisponierten Frauen. Die Einleitung der Frühgeburt hat keinen guten Erfolg. Die Behandlung muss auf rein medizinischem, innerem Gebiete bleiben.

Aus dem Literaturstudium und dem Falle von Spire und Perrin (109) ergibt sich, dass die perniziöse Anämie in der Schwangerschaft keine klinischen oder hämatologischen Verschiedenheiten von den anderen perniziösen Anämien zeigt. Die Schwangerschaft kann nicht als die Ursache der Krankheit bezeichnet werden, sie kann nur als wichtiges unterstützendes Moment im Fortschreiten angesehen werden. Gewöhnlich befällt die perniziöse Anämie Mehrgebärende; der Fall des Verf., einer Ipara, ist ausserordentlich selten. Die Krankheit führt nicht immer zum Tode. Unter 93 Fällen Tchertkoffs sind 70 letal geendet. Der Tod tritt selten vor der Entbindung ein, gewöhnlich bald nach der Entbindung. Unter 63 Kindern bei Tchertkoff sind 34 totgeborene, die übrigen sind schwächlich geboren. Die Entbindungen gehen gewöhnlich leicht von statten, Nachblutungen sind sehr selten. Die Meinungen über die vorzeitige Entbindung sind sehr geteilt, sie soll nur vorgenommen werden nach Robert, wenn die roten Blutkörperchen noch nicht unter eine Million gesunken sind. Der Zeitpunkt der Unterbrechung ergibt sich vielleicht erst, wenn noch viele Berichte und genaue Blutuntersuchungen publiziert sind.

Herrgott ist der Ansicht, dass die Fälle fast immer tödlich sind. Vautrin empfiehlt in künftigen Fällen die Transfusion zu versuchen.

Nach der Literaturzusammenstellung und dem einen von Plauchu (94) ausführlicher mitgeteilten Fall, kommt Plauchu doch zu dem Schluss, dass obwohl bisher wenige Fälle mit glücklichem Ausgang veröffentlicht sind, bei der perniziösen Anämie in der Schwangerschaft die Einleitung der künstlichen Frühgeburt ihre Berechtigung hat.

In der Diskussion berichtet Trillat über einen Fall, der im Beginn der Geburtsarbeit starb, in letzter Zeit hat man Versuche mit intravenöser Salvarsaninjektion gemacht, die aber nach den Berichten von Bourret und Commandeur ohne Erfolg waren. Commandeur weist darauf hin, dass die starke Verminderung der roten Blutkörperchen kein prognostisches Zeichen ist.

Neben 29 in der Literatur niedergelegten Fällen von perniziöser Anämie in der Gravidität, beschreibt Beyer-Gurowitsch (12) 7 von Nägeli beobachtete Fälle. Es handelt sich um typische perniziöse Anämie mit ganz charakteristischem Blutbilde. Die Gravidität scheint in allen Fällen die einzig wirkliche Ursache der Erkrankung zu sein. Dafür spricht, dass nach erzielter Besserung Dauerheilung ohne Rezidiv eingetreten ist, Resultate, die bei der kryptogenetischen Biermerschen Anämie nicht beobachtet werden. Zwei Fälle sind im 11. Jahr der Dauerheilung, einer im 7.

Labendzinski (68) steht auf dem Standpunkt, dass die Schwangerschaft kein ursächliches Moment für die perniziöse Anämie darstellt und deshalb auch die Unterbrechung derselben nicht mehr berechtigt ist. Die Berichte über diese Therapie sind sehr spärlich. Verf. konnte 15 Fälle aus der Literatur sammeln, denen er 2 aus der 1. med. Klinik und der 2. gyn. Klinik München hinzufügt. Bei beiden wurde der künstliche Abort ausgeführt in therapeutischer Absicht. In beiden trat kurz nach der Entbindung der Exitus auf. Beide Fälle von progressiver Anämie stehen als Primiparae im 3. Lebensjahrzehnt, in dem sonst die Krankheit selten auftreten soll. Beide Patienten sind schon vor der letzten Erkrankung blutarm gewesen. Der Anfang der perniziösen Anämie scheint jedoch bei beiden erst in die Gravidität zu fallen und zwar will die eine seit ihrem Beginn, die andere etwa vom 3. Monat ab zunehmende Schwäche und Blässe bemerkt haben, für die andere fehlen äussere Anlässe. Steht die Diagnose perniziöser Anämie fest, so sind sämtliche internen Massnahmen erst zu erschöpfen. Als ultimum refugium kann die intramuskuläre Injektion von defibriniertem oder Gesamtblut gemacht werden. Wenn auch durch die Schwangerschaft eine perniziöse Anämie ungünstig beeinflusst wird, so ist deshalb die künstliche Entbindung doch nicht zu empfehlen, da sowohl die normale als die vorzeitige Geburt erfahrungsgemäss das Leiden gewöhnlich rapid verschlimmern. Die Schwangerschaftsunterbrechung bei perniziöser Anämie scheint demnach nur als letzter Versuch berechtigt.

Über die Unterbrechung der Schwangerschaft bei Herz- und Lungenkrankheiten stellt Alexandrow (3) folgende Thesen auf:

1. Die Kehlkopftuberkulose ist eine absulute Indikation zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft.

2. Die Schwangerschaft und das Puerperium verschlimmern den Verlauf der Lungentuberkulose, wobei diese Verschlimmerung erst in der 2. Hälfte der Gravidität und im Puerperium eintritt.

3. Bei Vorhandensein von Tuberkulose bei Schwangeren soll der künstliche Abort als vollkommen indiziert gelten, wobei die Entscheidung der Frage ganz von der Mutter abhängt.

4. Die künstliche Frühgeburt ist nur bei Vorhandensein von ernsten Indikationen wie Dyspnoe, Blutauswurf, Kachexie und Komplikationen von seiten anderer Organe angezeigt.

5. Die Einrichtung von staatlichen Sanatorien und ausgiebige Hilfe der Gesellschaft sollen den unbemittelten Tuberkulösen entgegenkommen.

In seiner Arbeit über die Behandlung der Herzfehler in der Schwangerschaft kommt Newell (88) zu folgenden Schlüssen:

1. Ein organischer Herzfehler, auch wenn er gut kompensiert ist, soll besonders scharf beobachtet werden, sobald Schwangerschaft eintritt.

2. Bei unvollständig kompensiertem Herzfehler soll, wenn eine Schwangerschaft hinzukommt, diese unmittelbar unterbrochen werden, da das schon unter gewöhnlichen Umständen ungenügend funktionierende Herz den Anstrengungen einer Schwangerschaft nicht gewachsen ist.

3. Wenn ein bisher gut funktionierendes Herz in der Gravidität Störungen zeigt, so soll man mit Ruhe und entsprechender Behandlung einen Versuch machen, anderenfalls die Gravidität unterbrechen.

4. Sind in früheren Schwangerschaften schon Herzstörungen aufgetreten, so ist eine neue Schwängerung zu verbieten.

5. Bei organischem Herzfehler soll die Entbindung möglichst künstlich beendet werden.

6. Organische Herzfehlerkranke überstehen Operationen, wenn noch keine Kompensationsstörungen sich bemerkbar gemacht haben, in der Regel gut.

7. Eine mit einem Herzfehler behaftete Patientin soll vor der Ehe auf die Gefahren derselben bei ihrem Herzfehler aufmerksam gemacht werden und je nach der Schwere des Falles bei dem Konsens entschieden werden.

8. Es ist unmöglich, die Tauglichkeit eines Herzmuskels mit Sicherheit anzuschätzen, es kommen dabei Überraschungen vor.

9. Die Geburtsarbeit ist jedenfalls möglichst abzukürzen, bei Primiparen mit straffen rigiden Weichteilen kommt gegebenfalls der abdominale Kaiserschnitt in Frage.

10. Die Mitralinsuffizienz ist am genauesten zu überwachen, und bei der geringsten Störung sofort die Gravidität zu unterbrechen, auch schon bei Erhöhung des arteriellen Drucks.

Auf Grund eigener Fälle und der Literatur äussert sich Tuszkai (114) über Herzkrankheiten in der Schwangerschaft folgendermassen: 1. Der Puls beim schwangeren Weibe verliert im Gegensatz zur normalen Frau seine Veränderlichkeit nicht nur in der zweiten Hälfte der Gravidität, sondern auch im Beginn. 2. Das Aufhören dieser Veränderlichkeit ist wahrscheinlich das Zeichen normaler Herzhypertrophie in der Schwangerschaft. 3. Bezüglich der Prognose teilen sich die Schwangerschaftsfälle mit Herzerkrankung in zwei Gruppen: a) In Fälle, bei denen vor der Gravidität schon Herzbeschwerden vorhanden waren. Die Diagnose ist einfach, da man auf deutlich ausgeprägte Symptome in den früheren Stadien der Schwangerschaft trifft. Die Prognose ist gewöhnlich ungünstig. Die Veränderlichkeit des Pulses verschwindet kaum auf kurze Zeit, um sich dann bald zu verschlimmern unter den Zeichen der Herzerweiterung und Kompensationsstörung. b) Fälle, bei denen die Herzaffektion bisher latent war und durch die Schwangerschaft ausgelöst wurde. In diese Kategorie fallen alle Fälle von Angiosklerosis, erbliche Störungen und solche, bei denen eine schwere Schädigung infektiöser Natur vorausgegangen ist, Influenza, Typhus, Gonorrhoe oder Allgemeinerkrankungen, wie Tuberkulose, Syphilis und Rheumatismus. Ihre Diagnose wird bei genauer Anamnese keine Schwierigkeiten machen. Die Herzveränderungen in diesen Fällen werden sich allmählich entwickeln und im entsprechenden Verhältnis zum Grade der Allgemeinerkrankung und dem gegenwärtigen auslösenden Faktor stehen. Die Prognose ist in einigen Fällen ganz günstig.

Die Pyelonephritis gravidarum in der Schwangerschaft ist nach Kehrer (62) eine recht häufige Erkrankung und kommt vor allem nach Erkältungen in den nasskalten Jahreszeiten zur Beobachtung. Nicht immer ist sie in der betreffenden

Schwangerschaft entstanden. Zuweilen handelt es sich um eine chronische, in der Schwangerschaft exazerbierende Erkrankung. Fast stets (76 %) tritt sie meist um die Mitte der Schwangerschaft rechtsseitig auf.

2. Die Schwangerschaftspyelitis wird in 79 % aller Fälle durch Kolibazillen hervorgerufen. Diese scheinen in der Regel aszendierend aus der Blase in den Ureter und Nierenbecken zu gelangen. Eine oft lange Zeit latent verlaufende Cystitis scheint meist der Pyelitis voranzugehen.

3. Die in der Schwangerschaft bestehende Hyperämie der Beckenorgane führt ausser zu einer Schwellung der Blasenmukosa an der Uretermündung zu einer Atonie der Uretermuskulatur. Harnstauung und die Neigung zu Antiperistaltik sind die Folgen. Die antiperistaltischen Bewegungen werden ausgelöst durch Eintauchen der Uretermündung in die mit Eiterurin oder Bakterientoxinen gefüllte Harnblase, durch den mechanischen Druck des bei der häufigen Rechtslage des Uterus auch mehr nach rechs im Becken stehenden kindlichen Kopfes und vielleicht durch eine Drucksteigerung in der Harnblase.

4. Die Frühdiagnose und Frühbehandlung der Cystitis ist eine wichtige prophylaktische Methode der Pyelonephritis.

5. Mit einer energischen, so frühzeitig wie möglich eintretenden konservativen Therapie sind günstige Resultate zu erreichen. Eine Ausheilung der Entzündung im bakteriellen Sinne kommt — im Gegensatz zur bisher geltenden Ansicht — trotz ensprechender Therapie nur ausnahmsweise bald nach der Geburt zu stande. Aber eine Heilung von den subjektiven Erscheinungen p. p. ist die Regel.

6. Die Nephrotomie ist als ein für die Kolipyelitis zu heroischer, durchaus nicht immer heilender und vor anderseitiger Erkrankung nicht schützender Eingriff möglichst zu vermeiden.

7. In schweren Fällen — bei beiderseitigem Auftreten der Erkrankung oder bei Allgemeininfektion, besonders bei Mischinfektionen — ist das ultimum refugium die Unterbrechung der Schwangerschaft.

Auf Grund einer Studie von 29 Fällen und der Literatur folgert O'Connor (20), dass die Infektion des Nierenbeckens auch das Parenchym schädigt. Meist wird die rechte Niere betroffen und zwar häufiger als angenommen wird. Unter 3000 Fällen je einmal. Prädisponierende Faktoren sind Unterernährung, Verstopfung und Erschlaffung der Bauchmuskulatur, für die Häufigkeit des rechtsseitigen Sitzes der Erkrankung kommen in Frage die Dextrotorsion des Uterus und das Vorherrschen der Lagen im rechten schrägen Durchmesser. Der Kolibazillus ist der gewöhnlichste Erreger, die Infektion geschieht durch die Darmwandungen auf direktem Wege. Das pathologische Bild zeigt erweiterten Ureter und Nierenbecken und Abszesse nahe der Nierenrinde. In $^1/_5$ der Fälle ist eine Vergrösserung des Organs nachweisbar. Gewöhnliche Komplikationen sind Abort und Nierenschädigungen. Schwierig ist die Differentialdiagnose Appendizitis. Die Prognose ist besser für die Mutter als für das Kind. Die Behandlung besteht in Bettruhe, Schwitzen und Urindesinfizientien. Der Gebrauch von Vakzinen und Nierenbeckenspülungen ist wegen der Gefährlichkeit und technischen Schwierigkeiten nur Spezialisten zu überlassen. In dringenden Fällen ist chirurgisches Vorgehen am Platze.

Schickele (106) hat mittelst der yelographie P zahlreiche Studien angestellt bei gynäkologischen Fällen, bei Fällen in der Schwangerschaft und ausserhalb derselben, bei denen die Klagen der Patientin auf eine Erkrankung in der Gegend der Niere hinweisen. Es konnte dabei häufig eine Erweiterung des einen oder anderen Nierenbeckens und des dazu gehörigen Ureters nachgewiesen werden, ausserdem eine Torsion und Schlängelung desselben. In der Mehrzahl der einfachen gynäkologischen Fälle war der Urin steril gefunden. Die Schmerzen waren also nicht durch eine Entzündung, sondern durch eine Stauung hervorgerufen. Die Therapie war dementsprechend eine einfache, die Kollargollösung und der Ureterenkatheterismus haben dabei vielleicht eine gute Wirkung gehabt.

Auch in der Schwangerschaft ergaben sich die gleichen Befunde, ebenso im Wochenbett, Beschwerden bestanden auch hier, ohne dass in manchen Fällen eine Pyelitis nachzuweisen war. Die Anwesenheit allein genügt nicht zur Entstehung einer Pyelitis.

Über den Infektionsmodus äussert sich Schickele dahin, dass die aszendierende Infektion wahrscheinlich ist. Zum Übergreifen auf Ureter und Nierenbecken ist eine Insuffizienz des Ureterostium anzunehmen, bedingt durch topographische Verlagerung der Blase und besonders des Trigonums. Eine hämatogene Entstehung kann für die während und bald nach der Geburt auftretenden Pyelitiden angenommen werden.

Endlich ist noch die Verschleppung der Keime auf dem Wege der Lymphbahnen vom Colon ascendens nach der Nierenkapsel sehr wahrscheinlich.

Mansfeld (75) berichtet über 26 Fälle von Schwangerschaftspyelitis. Das Bild derselben ist ein ganz atypisches. Allgemeines Unbehagen, gesteigerte Schwangerschaftsbeschwerden, Appetitlosigkeit, Rücken-, Magen- und später Nierenschmerzen kennzeichnen die leichteren Formen. Es kann eine Nierenbeckeneiterung ganz ohne Symptome bestehen, der Prozess kann ganz fieberlos verlaufen, das Fieber kann erst sub partu auftreten, um nach der Geburt nicht mehr zu erscheinen, es kann in der Gravidität kupiert werden und im Wochenbett durch Urininfektion Kindbettfieber vortäuschen und verursachen, ferner ganz schwere Toxämien hervorrufen und direkt tödlich enden. Als Erreger fand sich meist Bact. coli, in einem tödlichen Falle Pneumobazillen. In einem Falle fand sich eine Kombination von Eitererregern und Tuberkeln. Die Infektion stammt in der Mehrzahl der Fälle aus der Urethra, auch muss man an eine Passage von Darmbakterien denken. Die Pyelonephritis stellt stets die schwerere Erkrankung dar, und eine Prognose lässt sich schwer stellen. Jedenfalls ist jeder Fall als eine ernste Erkrankung anzusehen. Die Therapie besteht in der Hauptsache aus der Katheterisation des Ureters der erkrankten Seite, die keinerlei Schaden nach sich zieht. Da für den Geburtshelfer die Pflicht besteht, die Frucht zu schonen, so soll man mit dem Katheterisieren nicht lange zögern. Die glänzende Wirkung des Ureterenkatheterismus hält immer längere Zeit an, bis zu fünf Monaten. Unter den 26 Fällen haben 88,8% lebende Früchte ausgetragen gegenüber 34,3% und 37,7% bei Albeck resp. Opitz. Nur einmal musste der künstliche Abort eingeleitet werden, d. h. in 6,2% gegenüber 11,5% bei Albeck. Vom Spülen des Nierenbeckens verspricht sich Mansfeld nicht viel. Vorbedingung für das Gelingen des Erfolges durch den Ureterenkatheterismus ist aber Funktionstüchtigkeit der Niere, die nach dem Katheterismus, also nach der Durchgängigkeitsschaffung des Ureters, die Spülung übernimmt. Die Unterbrechung der Schwangerschaft wegen Pyelitis ist berechtigt bei schweren, das Leben der Frau bedrohenden Symptomen, wenn der Katheterismus des Nierenbeckens erfolglos ist, d. h. in Fällen, wo die Nierenfunktion geschädigt ist. Zuwarten ist nicht zu empfehlen. Fiebernde Schwangere fanden sich unter den 26 Fällen 12; fieberfreie 7; Kreissende 7. Das Fieber sub partu hatte in einem Falle die Eihöhle infiziert und den Abort verursacht, in einem zweiten war das Fieber für ein Genitalfieber gehalten und überflüssigerweise eine geburtsbeendende Operation ausgeführt.

In den Fällen von Pyelitis gravidarum, in denen trotz Harnleiterkatheterismus und der sonst bekannten Pyelitistherapie die schweren Allgemeinerscheinungen der Sepsis nicht zurückgehen, sondern fortbestehen und das Leben schwer bedrohen, ist die Schwangerschaftsunterbrechung nach Albrecht (2) das gegebene Vorgehen. Erst wenn trotz Unterbrechung der Gravidität die Symptome fortdauern und auf eine teilweise Abszedierung des Parenchyms hinweisen, ist nach entsprechender Nierenfunktionsprüfung durch Spaltung der Niere der Versuch zu machen, die Pyelonephritis zur Ausheilung zu bringen.

Aus den Tierversuchen von Sieber (107) zur Ätiologie der Pyelitis gravi-

darum kommt Verf. zu dem Schluss, dass die Infektion in der Mehrzahl der Fälle doch nach dem hämatogenen Typus zustande kommt.

Widal und Bénard (121) berichten über zwei Fälle von Pyelonephritis in der Schwangerschaft, wo es aus der Blutkultur gelang, Kolibazillen nachzuweisen, es sind die ersten Fälle, in denen mit Sicherheit zu schliessen ist, dass sich eine kolibazilläre Septikämie auf dem absteigenden Wege in der Niere lokalisieren kann. Der Kolibazillus aus dem Urin war identisch mit dem aus dem Blute gezüchteten.

Nach seinen Erfahrungen bei schwersten Schwangerschaftspyelonephritiden kommt Johansson (56) zum Schluss, dass man mit obstetrischen Eingriffen künftig zurückhaltender zugunsten chirurgischer, besonders vor dem 9. Schwangerschaftsmonat sein und in solchen schweren Fällen eher sich zur Nephrotomie als zur Unterbrechung der Gravidität entschliessen soll.

Nach den Erfahrungen Findleys (35) neigt die Schwangerschaft nicht dazu, den ersten Anfall einer Appendizitis auszulösen, wohl aber erneute Attacken nach vorhergegangenem Anfall. 50—60 % aller Frauen, die vor der Gravidität schon einen appendizitischen Anfall gehabt haben, neigen in der folgenden Gravidität zu Appendizitis. Es ist gefährlich, den operativen Eingriff in der Schwangerschaft und im Puerperium zu verschieben. Je früher die Operation, desto besser die Resultate. Die Mortalität der Nichtoperierten beträgt nach Wagner 77 % gegenüber 6,7 % der innerhalb der ersten 48 Stunden nach dem Anfall operierten, noch bessere Resultate ergibt die Operation in den ersten 24 Stunden nach dem ersten Anfall.

Die Appendizitis in der Gravidität bietet nach Puppel (97) stets eine üble Prognose, weil die Erkrankung zu spät erkannt und deshalb nicht sofort operiert wird. Die Gravidität an sich hat weder disponierenden noch verhindernden Einfluss auf die Entstehung einer Appendizitis Gibt es auch Fälle, die spontan abheilen, so tritt Verf. doch für die Frühoperation ein und berichtet über zwei Fälle dieser immerhin nicht sehr häufigen Komplikation. Die Appendizitis an sich braucht nicht stets zum Abort oder zur Frühgeburt zu führen, kann dies aber durch Bildung von straffen Verwachsungen, Douglasabszessen, Infektion der Eihöhle durch die Tube oder die Uteruswand hindurch. — In früheren Monaten der Schwangerschaft ist der Uterus bei der Operation nicht anzurühren, in späteren Monaten kann bei grossen Exsudaten oder freier Peritonitis die Entleerung des Uterus mittelst Hysterotomia vag. ant. notwendig werden. In der Diskussion berichtet Reisinger über sieben Fälle von Appendizitis bei Graviden; er ist für früheste Operation und hatte keine Veranlassung, die Gravidität zu unterbrechen. Nur einmal trat Abort ein, während eine im letzten Schwangerschaftsmonat operierte Dame keine vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft zeigte. — Kupferberg empfiehlt bei Ileus post. app. in graviditate Hormonal, danach aber Anlegung einer Dünndarmfistel. Rieck.

Wohlgemuth (122) glaubt mit Sicherheit sagen zu können, dass die chronische Appendizitis Veranlassung zur Tubargravidität sein kann. Er fordert bei jeder Laparotomie wegen Erkrankung der Genitalorgane, die Appendix aufzusuchen und bei geringsten sichtbaren pathologisch-anatomischen Veränderungen mitfortzunehmen. Beim Weibe müsste auch die chronische, mit leichten Attacken einhergehende Appendizitis möglichst frühzeitig operiert werden, um eine gefährliche Verlötung der Appendix mit den Adnexen rechtzeitig zu verhindern.

Audebert (5). Der Einfluss der Schwangerschaft auf die Epilepsie ist ein sehr verschiedenartiger. In der Hälfte der Fälle bessert sich die Neurose, während in der anderen entweder gar kein Einfluss beobachtet wird oder sich die Konvulsionsattacken häufiger und intensiver gestalten (Mitteilung verschiedener Beobachtungen von Charpentier sowie von Vallois und Delmas).

Nach seinen und der Literatur Erfahrungen ist Miller (82) der Ansicht, dass man in Fällen, in denen die Schwangerschaft offensichtlich die epileptischen

Anfälle in grösserer Zahl auslöst und vermehrt, die Notwendigkeit der Unterbrechung der Gravidität ins Auge fassen soll. In Fällen von Schwangerschaft bei epileptischen Frauen soll man mit äusserster Sorgfalt auf Zeichen von Toxämien und prämonitorischen Zeichen von Eklampsie achten und dann der Schwangerschaft ein Ende machen, wenn Symptome auftreten, die eine geringere Schwere zeigen als bei gesunden oder vielmehr nicht eklamptischen Frauen.

Die Neuritis puerperalis ist nach Sänger (103) schon in der Gravidität vorhanden, dafür sprechen die Vertaubung, Kriebeln, Schwäche und Schmerzen in der Schwangerschaft. Die Intoxikationen spielen in der Gravidität eine grosse Rolle, auf ihnen beruht auch das unstillbare Erbrechen, das in den schwersten Formen zur Unterbrechung der Schwangerschaft zwingt. Bei Epilepsien ist Sänger für einen konservativen Standpunkt, für Unterbrechung nur, wenn sich die Anfälle sehr häufen. Bei den Psychosen von der einfachen seelischen Depression bis zur ausgesprochenen Katatonie muss von Fall zu Fall angesichts der verschiedenen Prognose über die Einleitung der künstlichen Frühgeburt entschieden werden. Im allgemeinen soll man nicht zu lange zögern.

Jung berichtet über einen Fall von Psychose mit Unterbrechung der Schwangerschaft auf Rat eines Psychiaters, bei dem danach eine Verschlimmerung aufgetreten ist. — Bauereisen über eine Epilepsie, die nach Abraten eines Psychiaters vor künstlicher Entbindung im Anfall erlag. Verschlechtert war die Prognose hier durch eine Ankylose der Halswirbelsäule und bei der Sektion in der Medulla oblongata gefundene kleine Erweichungsherde.

Morgan (85) klassifiziert die mit Geburtsvorgängen in Verbindung stehenden Psychosen in vier Arten: 1. Die Angstpsychose, besteht in krankhafter Furcht vor den Gefahren der bevorstehenden Entbindung; dieselbe legt sich gewöhnlich mit der Geburt des Kindes. 2. Kollapsdelirium, welches gewöhnlich nach der Geburt des Kindes erfolgt und gewöhnlich 2—3 Wochen dauert. Der Zustand beginnt mit traumhaften Halluzinationen mit Delirium und Schlaflosigkeit. Darauf folgt körperliche Unruhe. Patientin reisst sich die Kleider ab, verletzt sich und zerstört herumliegende Gegenstände, hat alle Ortskenntnis verloren und erkennt weder Verwandte noch Freunde. Häufig verweigert sie die Nahrung und leistet blinden Widerstand gegen alles, was für sie getan wird. 3. Dementia praecox, ist durch noch intensivere Erscheinungen gekennzeichnet und die Prognose ist schlecht. Die Aufregung kann zu Mord und Selbstmord führen. 4. Manisch-depressives Irresein, besteht hauptsächlich darin, dass Zustände der Aufgeregtheit und Niedergeschlagenheit miteinander wechseln.

Raecke (98) gibt eine gedrängte Darstellung der zahlreichen und mannigfaltigen psychischen Erkrankungen in der Gravidität. Der ersten Gruppe liegen toxische und infektiöse Prozesse zugrunde, die mit der Schwangerschaft direkt zusammenhängen (Anämie, Chorea grav., Eklampsie, Graviditätsneuritis). Bei der zweiten Gruppe von Schwangerschaftspsychosen, die auf dem Boden einer psychopathischen Disposition entstehen, stellt die Gravidität nur das auslösende Moment dar (manisch-depressives Irresein, Dementia praecox, Schizophrenie). Noch lockerer ist der Zusammenhang zwischen Gravidität und Psychose bei der Dementia paralytica, der genuinen Epilepsie und der Hysterie. Hierzu gehören auch gewisse Phobien und Zwangsvorstellungen, deren leichteste Form die auch der Laienwelt bekannten besonderen Gelüste der Schwangeren sind. Die Unterbrechung der Gravidität ist nur für die Frauen der ersten Gruppe, insbesondere die Eklampsie, indiziert; bei den übrigen Formen bringt diese Therapie kaum Nutzen, unter Umständen sogar Schaden.

In den Jahren 1899—1910 wurden in der geburtshilflichen Klinik und Poliklinik (Prof. J. Kouwer) Utrecht eine Reihe von Psychosen beobachtet, die Engelhard (31) ausführlicher mitteilt. Es handelt sich um 29 Psychosen, unter welchen 10 posteklamptische oder bei Albuminurie und 5 während der Geburt,

6 schon bestehende Psychosen, 8 Fälle von Epilepsie, 3 Fälle von Hysterie, 1 Fall von Idiotie, 1 Fall von Imbezillitas mit Epilepsie, 1 Fall von Bewusstlosigkeit während der Geburt, 2 Fälle von schmerzloser Austreibungsperiode und 2 Fälle von Chorea gravidarum. Es sind auf 19910 Geburten 51 Fälle, also eine Frequenz von 0,25 %. Akut aufgetretene Psychosen sind darunter 0,14 % aller Geburten, keine Laktationspsychose; im ganzen 31 % Graviditäts- und 68,9 % Puerperalpsychosen.

Unter den 9 Graviditätspsychosen sind 2 Fälle von stuporöser Amentia, (1 zweifelhafte Dementia praecox), 2 Melancholie, 1 hysterischer Depressionszustand 2 hysterische Psychosen, 1 Fall von Angst mit Zwangsvorstellungen. Hereditäre Disposition war in 4 Fällen nachzuweisen. Ein spezifischer Einfluss der Gravidität auf die Psyche war nur in 4 Fällen nachweisbar. Bei den Puerperalpsychosen waren hereditäre Disposition, Infektion und Erschöpfung als Ursache nachzuweisen. In einer Reihe von Fällen ist keine Ursache auffindbar. Bei den posteklamptischen und den bei Albuminurie auftretenden Psychosen kann man wohl behaupten, dass das Eklampsiegift das Gehirn schädigt und dadurch nach dem Koma deutlich nachweisbare Schädigungen auslöst. Die Gehirnläsion ist die primäre und wesentliche Ursache. Dabei sind auch die Urinmenge und der Verlauf der Psychose kongruent; es besteht ein Zusammenhang zwischen der Urinsekretion und dem Auftreten resp. dem Verlauf der Psychose. Bei den während der Geburt auftretenden Psychosen spielt die erbliche Belastung eine grosse Rolle, indem die nervösen Patienten den Chok und das Geburtstrauma viel schlechter vertragen als gesunde Personen.

Die forensische Bedeutung der Bewusstlosigkeit kommt fast nur bei heimlich Gebärenden in Frage, die in ihrer Angst und Verzweiflung oft nicht zurechnungsfähig sind. Ob bei schon bestehenden chronischen Psychosen eine Verschlimmerung durch die Gravidität eintritt, lässt sich nicht absolut mit „Ja" beantworten, es scheint im allgemeinen, als ob dadurch keine Verschlechterung veranlasst wird. Die Dauer der Psychosen betrug bei Engelhard bei den Graviditätspsychosen im Durchschnitt 8½ Monate, bei den Puerperalpsychosen ist sie bedeutend niedriger; bei posteklamptischen und albuminurischen Geistesstörungen 1—3½ Monat, die übrigen nur 1 Woche. Ein sicherer Einfluss der Geburt auf die Graviditätspsychose lässt sich nicht nachweisen. Sämtliche Frauen mit Ausnahme einer sind in sozialer Hinsicht als vollkommen geheilt zu betrachten. Die Aussichten bei Hysterie sind gute, ebenso bei der Epilepsie, die im allgemeinen durch die Schwangerschaft nicht ausgelöst und auch nicht ungünstig beeinflusst werden. Die beiden von Engelhard beobachteten Fälle von Chorea gehören zu den leichteren. Die Therapie der Puerperalpsychosen gehört in die Anstalt und dem Psychiater. Bei den Graviditätspsychosen kommt die Frage der Unterbrechung der Gravidität in Betracht. Das Leben der Schwangeren wird gefährdet durch Suizidversuche und durch Erschöpfung. Erstere sind durch Überwachung zu vermeiden, letztere wird noch gesteigert durch eine ev. Unterbrechung. Die Psychose wird nicht durch die Unterbrechung geheilt! Die Gefahr der Infektion ist bei einer Psychose sehr gross wegen der Unruhe etc. und deshalb ist dringend davor zu warnen. Die meisten neueren Autoren sind von der Wertlosigkeit des Aborts als Heilmittel bei Psychosen überzeugt. Die Hysterie gibt nie eine Indikation zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft. Bei Epilepsie und sonstigen Psychosen ist die reichliche Gabe von Brom indiziert. Engelhard hat davon nie eine Schädigung des Kindes gesehen. Auch bei Chorea gravidarum wird vom Verf. möglichst konservatives Vorgehen angeraten.

Aus einer sehr wichtigen Arbeit hebt Engelhard (32) nachfolgendes besonders hervor.

1. Hereditäre Belastung, Infektion und Exhaustio können Generationspsychosen veranlassen. In den meisten Fällen war es nicht möglich, eine Ursache nachzuweisen.

2. Bei Eclampticae bestehen in der Regel nach dem Erwachen aus dem Koma ziemlich tiefgehende Änderungen.

3. In einzelnen Fällen veranlassen diese Änderungen, bisweilen von Infektion hervorgerufen, das Auftreten einer Psychose, aber meistens soll eine nicht genügende Abfuhr von Toxinen verantwortlich gemacht werden.

4. In den meisten Fällen kann man einen Verband nachweisen zwischen der Harnabsonderung, dem Ausbrechen und dem Verlauf dieser Psychosen.

5. Psychosen, die während der Geburt auftreten, entstehen durch psychische Prädisposition, Toxine oder durch besondere Empfindlichkeit für Schmerzen.

6. Eben wie letztgenannte Psychosen sind die schmerzlosen Entbindungen von grösserer forensischer Bedeutung.

7. Das Unterbrechen der Schwangerschaft bei Psychosen ist nicht allein nicht gerechtfertigt, sondern ausserdem gefährlich.

8. Um dem Auftreten einer Graviditätspsychose möglicherweise vorzubeugen, ist das Unterbrechen der Schwangerschaft zu tadeln.

9. Das Auftreten einer Psychose bei Albuminurie in der Schwangerschaft ist gewiss nicht als eine Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft zu betrachten, vielmehr schwächt sie diese ab.

10. Die Therapie bei Psychosen, während der Geburt auftretend, sei nun so konservativ wie möglich. Von einer aktiven Therapie darf nur die Rede sein, wenn diese nur angewendet werden kann, ohne der Frau zu schaden. Für eine aktive Therapie bei noch inkompletter Muttermundöffnung kommen im allgemeinen nur diese Fälle in Betracht, bei denen das Vorhandensein von Albumen im Harn und die Änderung des Allgemeinzustandes das Ausbrechen von Eklampsie fürchten lassen. (A. Mijnlieff.)

Perazzi (93) studierte, besonders vom Standpunkte der Generationsfunktionen, an Kaninchen und Meerschweinchen, die Wirkung subkutaner Einspritzungen einer Flüssigkeit, die durch 24 stündige Infusion und Mazeration von Marylandtabak in destilliertem Wasser, im Verhältnis zu 20%, hergestellt wurde. Eine Gruppe von 14 Tieren umfasst jene Tiere, die vor und nach der Begattung vergiftet wurden, während in einer 2. Gruppe 9 Tiere der Tabakintoxikation bei eingetretener Schwangerschaft unterworfen wurden. Um so viel als möglich die Wirkung der chronischen Vergiftung wiederzugeben, machte er die Einspritzungen regelmässig, langsam, und steigend, ohne lange Unterbrechungen und Sprünge, unter vorsichtiger Steigerung der Giftdose. Obwohl die Intoxikation sehr langsam vor sich ging, war sie jedoch eine so schwere, dass sie zu einem schnellen Verfalle und zum Tode führte.

Interessant ist die mit einer gewissen Beständigkeit hervorgehobene Veränderung des Eierstockes, die von einem geringen Grade von Sklerose bis zu einem ausgeprägten Involutionsprozesse führte.

Verf. kommt zu folgenden Schlussätzen:

1. Die allgemeine organische Verkümmerung in der chronischen Tabakintoxikation ist, innerhalb ziemlich weiter Grenzen, verschieden von einem Individuum zum andern.

2. Die vor der Begattung begonnene und auch nach derselben fortgesetzte Tabakintoxikation verursacht bei den Tieren die Sterilität.

3. Diese Sterilität ist in den meisten Fällen auf die allgemeine organische Verkümmerung zurückzuführen, doch darf man nicht absolut ausschliessen, dass sie in direktem Zusammenhange stehe mit einer anatomischen Veränderung der Generationsorgane (Eierstöcke).

4. Die Verabreichung von Tabak an schwangere Tiere verursacht Veränderungen in den verschiedenen Organen des tierischen Haushaltes und den Tod viel leichter als bei anderen Tieren (nicht schwangeren).

5. Bei den im schwangeren Zustande gestorbenen Tieren wurde beobachtet, dass der Tod der Föten vor dem des Muttertieres eingetreten war.

6. Das Gewicht und die Entwickelung der von vergifteten Tieren geborenen Jungen steht bedeutend unter der Norm.

7. Dieser Mangel an Entwickelung und der intrauterine Tod der Föten ist auf den Übergang des Nikotins in den fötalen Organismus und auf den herabgekommenen Zustand des Muttertieres infolge der Vergiftung zurückzuführen.

(Artom di Sant' Agnese.)

Montanelli (84): Dieser Zwischenfall ereignete sich in der Klinik zu Florenz, bei einer 23jährigen IIpara mit chronischer Nephritis und cor bovinum.

Patientin, welche zu Hause Anfälle von Herzasthma aufgewiesen hatte, kam nach einer zweistündigen Eisenbahnfahrt in der Klinik an, wo sie plötzlich starb, während sie eine kleine Bewegung ausführte, um die Kissen in Ordnung zu bringen. Als prädisponierend zu dieser mechanischen Ursache fand Montanelli eine ausserordentliche Dünne der Gefässwand an der Rupturstelle. An anderen Stellen wies die Aorta atheromasische Flecken auf. Luetische oder tuberkulöse Veränderungen wurden an keiner Stelle des Organismus gefunden. Der mittelst Hysterotomie extrahierte Fötus starb nach wenigen Minuten.

(Artom di Sant' Agnese.)

Komplikation der Schwangerschaft mit Erkrankungen und Tumoren der Genitalorgane, Traumen, Lageveränderungen etc.

1. Andrews, Henry, Roussell, A case in which torsion of a hydatid of Morgagni during pregnancy without torsion of tube or ovary, caused urgent symptoms. Journ. of obst. and gyn. Vol. XXII. 4. (36jähr. IIpara im 6. Monat der Gravidität bekam plötzlich Schmerzen in der rechten Seite des Leibes. Da eine Appendizitis, Pyelonephritis, Ovarientumor ausgeschlossen werden konnte, Bettruhe und Abführmittel. 2 Tage später wurden die Schmerzen schlimmer, der Leib war sehr gespannt und eine Diagnose unmöglich. Bei der Laparotomie fand sich dann eine stielgedrehte Morgagnische Hydatide an der rechten Tube, nach deren Entfernung sich weiter nichts in der Bauchhöhle auffinden liess. Nachdem noch Schwierigkeiten in der Darmtätigkeit einige Tage bestanden, genass die Pat.).
2. v. Bardeleben, Bauchbruch mit Uterus gravidus. Verhandl. d. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 8. Dez. 1911. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. S. 709. (Demonstration eines Falles von Bauchbruch, entstanden nach einer Laparotomie wegen Adhäsionen der Adnexe. Lösung derselben, Salpingostomie. Fettnekrosen im Verlauf des Längsschnittes. Hernie, Gravidität im 8. Monat bei einer 32jähr. Ipara. v. Bardeleben plädiert für den Pfannenstielschen Querschnitt bei Operationen im kleinen Becken im Hinblick auf folgende Schwangersechaften, da hierbei auch seltener Fettnekrosen im Verlauf des Schnittes vorkommen. Im vorliegenden Fall hängt der Uterus durch die Hernie über die Symphyse bis zwischen die Oberschenkel hinab. Sorgfältige Vermeidung der Dekubitalgeschwüre ist die Hauptsache. Operationsverfahren vielleicht Entbindung durch die Bauchdecken und dann Wiederherstellung des vorderen Bauchverschlusses.)
3. Barris, J., A case of retroversion of the gravid uterus complicated by overtension of the bladder and haematuria. The journ. of obst. and gyn. of the brit emp. April. (VIIpara im 5. Monat der Gravidität mit Retroflexio uteri gravidi litt an Überdehnung der Blase und starken dysurischen Beschwerden. Bei der Entleerung des Urins zeigte sich in demselben Blut. Im Urin war sonst nichts Abnormes zu finden, kein Albumen, keine Erscheinungen einer Cystitis etc. Nach Aufrichtung des Uterus und Einlegung eines Ringes, nach öfterem Katheterisieren verschwand der blutige Urin. Bei dem Fehlen jeglicher Cystitis nimmt Barris an, dass der Blutgehalt des Urins aus einer geplatzen in der Schwangerschaft varikös erweiterten Vene stammte, wie solche bei der nach 9 Tagen erfolgten Kystoskopie in der vorliegenden Blase zahlreich gefunden wurden.)

4. *Becker, Georg, Über wiederholte Spontanruptur des Uterus. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 71. H. 1 u. 2. (28jähr. IIpara hatte bei der ersten Geburt vor 6 Jahren nach relativ kurzer Wehentätigkeit eine Spontanruptur des Uterus erlitten, die unter Drainage des Uterus mit Jodoformgaze von der Scheide her geheilt war. In der 2. Schwangerschaft erfolgte im 8. Monat der Gravidität ohne wahrgenommene Wehen bei noch geschlossenem Muttermund und ohne Gewaltwirkung von aussen eine neue Ruptur des Uterus mit so geringen Störungen des Allgemeinbefindens, dass erst am 7. Tage darauf bei inzwischen eingetretenen Erscheinungen einer diffusen Peritonitis der Uterus entleert und die Risswunde vernäht wurde. Exitus 1 Stunde nach der Operation.)

4a. — Discussion sur le traitement des Cystes de l'ovaire pendant le travail. Société de obstétrique et de gyn. de Paris. Ref. La presse méd. Nr. 24. (Bender hat in einem Falle während der Geburt mit gutem Erfolge die Zyste punktiert. Pinard und Bar sind nicht für Punktion der Zysten intra partum, sondern bevorzugen den Weg von oben zur Entfernung der Geschwulst.)

5. Bernard, Josef, Heilung einer reinen Zervikalhypertrophie durch Gravidität. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31. Gyn. Rundschau. H. 3. (31jähr. Frau, die durch 13 Jahre in kinderloser Ehe lebte und bei der eine Cervixelongation bestand, wurde von dieser geheilt, als sie gravid wurde. Die Sterilität der ersten Ehe lag an der Azoospermie des Ehegatten. Verf. erblickt in der Zervikalhypertrophie eine kompensatorische Tätigkeit des Organismus zur Erleichterung der Befruchtung und folgert im Gegensatz zu anderen Autoren aus ihrer Anwesenheit das Bestehen normal funktionierender Ovarien und der Sterilität des Partners. Verf. wünscht eine möglichste Einschränkung der Cervixamputation für solche Fälle.)

6. Bertoloni, G., Sulla reazione deciduale di un polipo cervicale in gravidanza. Über die deciduale Reaktion eines Cervixpolypen in der Schwangerschaft. Folia Gynaecologica, Pavia, Vol. 7. Fasc. 3. (Aus den Befunden des histologischen Studiums einer der Schwangerschaft vorausgegangenen Cervixneubildung, die eine teilweise deciduale Modifikation erfahren, schliesst Verf. jeden genetischen Zusammenhang zwischen Epithel und Decidua aus, da er zahlreiche Übergangsformen zwischen Bindegewebs- und Deciduazellen gefunden hat, so dass er den sicheren Ursprung des Deciduagewebes vom Bindegewebe annimmt.) (Artom di Sant' Agnese.)

7. Beuttner, Fracture du bassin chez une femme enceinte, accouchement normal. Révue méd. de la Suisse romande, 20. August. (Gravida hatte im 2. Monat der Schwangerschaft das Becken gebrochen, trotz Anwesenheit eines ziemlich grossen Kallus am absteigenden Ast des rechten Beckens ging die Geburt normal zu Ende.)

8. Boerma, N. J., Schwangerschaft und Geburt bei Persistenz des Sinus urogenitalis. Berl. klin. Wochenschr. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 48. (28jähr. Frau mit Hypospadie stärksten Grades infolge Persistenz des Sinus urogenitalis bei normalen inneren Geschlechtsorganen. Es kam zu einer Schwangerschaft, die normal verlief. Die Entbindung konnte, da keine normalen Geburtswege vorhanden waren, natürlich nur operativer Art sein. Verf. entschloss sich, um einen ungestörten Lochialabfluss zu sichern, durch Erweiterung des Sinus von aussen her einen Zugang zu den inneren Genitalien zu schaffen. Der auf die Fruchtblase geführte Schnitt wurde stumpf soweit erweitert, bis die Anlegung eines Forzeps möglich schien. Die Extraktion gelang leicht, es gelang den Wundkanal zum grossen Teil mit Vaginalschleimhaut zu decken, also eine Art künstlicher Vagina herzustellen.)

9. Boldt, H. J., Ovarian cyst with twisted pedicle and haemorrhage into the cyst, complicating pregnancy. The amer. journ. of obst. April. S. 657. (Die Diagnose der stielgedrehten Zyste des Ovariums und der Blutung in die Zyste in der Schwangerschaft wurde gestellt auf Grund der plötzlichen Schmerzen, des rapiden Wachstums der Geschwulst, die bei einer Untersuchung zur Zeit der ersten Schmerzen in der ersten Zeit der Gravidität bedeutend kleiner war, des intraperitonealen Sitzes und der engen Beziehung zum Uterus.)

10. Bott, Stanley, Pregnancy and an ovarian cyst containing 32 pints of fluid. The Lancet, July 13. (30jährige Frau, die während ihrer 3. Schwangerschaft einen enorm ausgedehnten Leib bekam, dabei aber ihren Haushalt versah und am Ende ihrer Schwangerschaftszeit niederkam. Bei Lösung der Nachgeburt ergab sich, dass der Leib sich kaum verkleinert hatte, sondern eine sehr grosse Ovarialzyste barg. Bei den Vorbereitungen zur Operation wurde der Zustand sehr bedenklich, so dass die Zyste wegen Lebensgefahr nur durch die Bauchdecken punktiert und 29 Pinten

schleimiger Flüssigkeit abgelassen wurden. Einige Tage später wurde laparotomiert und eine rechtsseitige Ovarialzyste, aus der sich nochmals 3 Pinten Flüssigkeit entleerten, entfernt. Nachdem nochmals aus dem unteren Wundwinkel reichliche Flüssigkeit herausgeflossen war, trat baldige Genesung ein.)

11. Brjuchatow, 7monatliche Schwangerschaft und Kollumkrebs. Russki Wratsch. Nr. 50. Sitzungsber. der geb. gyn.-Ges. zu Moskau. (Zuerst wurde die Neubildung ausgeschabt, das Wundbett mit Jodtinktur behandelt. Darauf Leibschnitt, Exstirpation des Uterus mit dem oberen Drittel der Scheide. Tampon zur Scheide heraus. Heilung. $1^1/_2$ Jahre kein Rezidiv. Während der Schwangerschaft entwickelte sich das Karzinom schneller, weswegen möglichst frühes Eingreifen indiziert ist, wenn auch zu ungunsten des Kindes. Die schwangere Gebärmutter ist per abdomen zu entfernen. Bei nicht lebensfähiger Frucht soll der Uterus vorher nicht eröffnet werden und das Kind soll nicht extrahiert werden. In verschleppten Fällen ist das Ende der Schwangerschaft abzuwarten und der klassische Kaiserschnitt auszuführen.) (H. Jentter.)

12. Buzzoni, R., Cisti ovarica e gravidanza. Eierstockszysten und Schwangerschaft. Arte Ostetrica. Milano. Anno XXVI. p. 65. (Artom di Sant' Agnese.)

13. Cholmogoroff, S. S., Myom und Schwangerschaft. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48. (Fall einer 40jähr. Frau, bei der sich in einem Uterus mit interstitiellem Myom eine Gravidität im 2. Monat fand. Im Fundus uteri sassen ungefähr 30 Myome. Totalexstirpation.)

14. Commandeur et Lacassagne, Expulsion spontanée et isolée d'une tumeur intrautérine au cours d'un avortément. Bulletin de la soc. d'obst. et de gyn. Juin. (Angiom der Plazenta, das wahrscheinlich am Rande derselben gesessen hat und bei Beginn der Geburt zuerst aus der Cervix hervorgetreten und spontan ausgestossen ist.)

15. Delassus et Bonnet-Laborderie, Grossesse, Fibrome et pyonephrose. Bulletin de la soc. d'obst. et de gyn. Juin. (29jähr. IIpara am Ende der Schwangerschaft, trug gleichzeitig ein sehr grosses Myom, das sich im linken Parametrium entwickelt hatte. Die Folge davon waren starke Verminderung der Urinmenge und Eiweissgehalt des Urins mit massenhaften Eiterbeimengungen. Schwerer Allgemeinzustand, dabei traten Wehen auf. Wegen Gefahr des Absterbens des Kindes, dessen Herztöne schwächer wurden, entschloss man sich zur Operation, nach einer Injektion von 2 cg. Stovaine in den Lumbalsack plötzlicher Tod, sofort Kaiserschnitt zur Rettung des Kindes, das aber schon einige Stunden vorher wahrscheinlich abgestorben war. Pyonephrose der linken Niere mit einem Liter eitrigen Inhalt.)

16. *Engström, Eigene Erfahrungen in bezug auf Schwangerschaft und Geburt nach ventraler Enukleation intramuraler Uterusmyome. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Ergzbd. 39—43.

17. Ertl, Schwangerschaft im myomatösen Uterus. Verein der Ärzte in Oberösterreich. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 8.

18. Facilides, Alexander, Myom und Fertilität. München. R. Müller u. Steinicke.

19. *Findley, Palmer, Prolapse of the uterus complicating pregnancy. The journ. of the amer. med. assoc. Vol. LVII. 27.

20. *Fischer, Otto, Über die Ruptur des graviden Uterus in einer alten Kaiserschnittnarbe. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. S. 839—857. (38jähr. Frau, mit 4 Jahren gehen gelernt, 2 ersten Geburten mit der Zange beendet, Kinder intra partum abgestorben. 3. Schwangerschaft Kaiserschnitt. Querer Fundalschnitt. Plazenta nicht im Schnitt. Naht durch 2 tiefgreifende Seidennähte und dreifache fortlaufende Katgutnaht unter Vermeidung der Decidua, oberste Naht sero-serös. Im Wochenbett Fieber bis zum 9. Tage. Ziemlich starke Abszedierung im Bereiche der Bauchdeckennaht. 4. Geburt Kaiserschnitt in der alten Narbe. Uteruswand daselbst ziemlich dünn, Spaltung und Mobilisierung der Narbe. Heilungsverlauf fieberfrei. 5. Gravidität. Letzte Periode 11.—13. März 1911. 17. November ohne starke körperliche Anstrengung eine starke Vergrösserung und Schmerzhaftigkeit des etwa faustgrossen Nabelbruchs. In der folgenden Nacht unstillbares Erbrechen und starke Schmerzhaftigkeit des ganzen Leibes. Aufnahme in die Klinik am 21. November. 22. November Laparotomie, dabei wölbt sich nach Durchschneiden der dünnen Bauchwand die Fruchtblase in den Schnitt vor. Inzision derselben, Hervorholen des mazerierten Föt und Herausziehen der Plazenta an der Nabelschnur aus der Gegend der Leber. Am Uterus eine grosse klaffende Wunde über den ganzen Fundus sich erstreckend. Exitus am näch-

sten Tage. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Rupturstelle erweisen sich die Flächen im Bereiche der vorderen und alleroberšten Teile der hinteren Uteruswand mit Decidua basalis, an dem restierenden Teile mit gewöhnlicher Decidua bedeckt. Dabei lassen sich mit Ausnahme der etwa 1 mm unterhalb der Rissstelle gelegenen Partien des Myometriums narbige Veränderungen an den oberflächlichsten an der Decidua angrenzenden Schichten desselben nicht feststellen. Die Grenze zwischen Decidua und Myometrium zeigt normale Beschaffenheit. Die Rissstelle selbst ist nur 2—3 mm breit und wird von einer derben fibrösen Bindegewebsnarbe gebildet. Fischer beschreibt dann noch einen Uterus, bei dem zum dritten Male der Kaiserschnitt ausgeführt und dann supravaginal amputiert ist. Es finden sich in der Narbe die gleichen Veränderungen wie in dem ersten Falle.)

21. *Fraipont, F., Uterusfibrom und Schwangerschaft. Revue mens. de gyn. d'obst. et de péd. H. 7. (Zwei Fälle von Uterusmyom und Schwangerschaft, in denen wegen Nekrose der Myome operiert werden musste. Im ersten Fall genügte Enukleation, im zweiten musste der Uterus supravaginal amputiert werden. Die Erscheinungen der Nekrose bestanden hauptsächlich in plötzlich auftretenden Schmerzen, peritonitischen Symptomen, kleinem frequentem Puls, gesteigerter Temperatur und erheblichen Störungen des Allgemeinbefindens. Für die Nekrose ist wohl die Kompression der kleinsten Gefässe nach Franqué verantwortlich zu machen.)

22. Fries, Hans, Beckenechinococcus bei Schwangerschaft im myomatösen Uterus. Med. Verein Greifswald, 8.—15. Dez. 1911. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 12. (Die 39jähr. Ipara kam im 5. Monat der Gravidität wegen Verdachts auf rechtsseitigen Ovarialtumor zur Operation. Schwierige Exstirpation des allseitig verwachsenen und teilweise intraligamentär entwickelten Tumors gelang vollständig. Die nachträglich vorgenommene Eröffnung des Sackes bestätigte die schon während der Operation vermutete Diagnose Echinococcus, ausserdem mussten noch 2 intramurale Myome mitentfernt werden, wobei es bei dem einen zur Freilegung der Decidua kam. Ungestörter Heilungsverlauf ohne Störung der Gravidität. Die Prophylaxe der Schwangerschaftsstörung bestand in Verabreichung von Digalen vor und nach der Operation, um Thrombosen vorzubeugen und in Ruhigstellung des Darmes nach der Operation durch Pantopon. Serologische Untersuchung aus äusseren Gründen nicht durchgeführt. Keine Eosinophilie.)

22a. — Schwangerschafts- und Geburtsverlauf bei Beckenechinococcus und Uterus myomatosus. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 37. (Bei einer Ipara wurden im 5. Monat aus dem rechten Ligamentum latum ein faustgrosser Echinokokkensack in toto und aus dem Uteruskörper zwei kleinere intramurale Myome ausgeschält. Das Geschwulstbett des einen Myoms war so tief, dass es zur Freilegung der Decidua kam. Trotzdem erfolgte keine Unterbrechung der Schwangerschaft. Die Entbindung wurde nach längerer Geburtsdauer wegen tetanischer Uteruskontraktion mit sekundärer Wehenschwäche und drohender Asphyxie des Kindes durch die Zange beendet.)

23. Fuchs, Metastatisches Karzinom beider Eierstöcke bei Gravidität. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. 12. II. Ref. Deutsche med. Woch. Nr. 28. (Der 26jährigen anämisch-kachektisch aussehenden Frau entleerte Fuchs im 4. Monat ihrer zweiten Gravidität durch Laparotomie 6 Liter Aszites. Uterus und beide Adnexe wurden wegen eines doppeltkindskopfgrossen Ovarialkarzinoms mit torquiertem Stiel total exstirpiert. Auch das 2. nicht erheblich vergrösserte Ovarium erwies sich mikroskopisch als karzinomatös erkrankt. Sehr bald nach anfänglicher anscheinender Erholung traten die früher nur angedeuteten Schluckbeschwerden in den Vordergrund und Pat. ging an einem stenosierenden Kardiakarzinom zugrunde. Die beiden Ovarialkarzinome sind Metastasen des Magenkarzinoms, daher ist bei jedem doppelseitigen Ovarialkarzinom auf den Primärherd zu fahnden, der gewöhnlich dem Intestinum angehört.)

24. Fudge, Herbert W., Gunshot wound of the pregnant uterus. The journ. of the amer. med. assoc. Vol. LVIII. 11. (16jähriges Mädchen mit einer Schusswunde des graviden Uterus. Das Geschoss war von der rechten Seite durch die Bauchdecken gedrungen, hatte vorn den Uterus aufgerissen, diagonal an der Vorderseite des Uterusfundus. Bei der Laparotomie zeigte sich, dass durch die Uteruswunde der Föt in die Bauchhöhle ausgetreten war. Er wies eine Schusswunde auf, die durch die Hinterbacken, die Wirbelsäule, die Beckenknochen gegangen war, und aus der die Baucheingeweide herausgedrückt waren. Die Plazenta sass noch im Uterus. Nachdem sie entfernt, wurden die Ränder des gut kontrahierten und wenig blutenden Uterus abgetragen, gesäubert und die Uteruswunde durch eine dreifache Naht ge-

schlossen. Drainage des Abdomens aus dem unteren Wundwinkel. Nach Abfluss einer Menge Eiters aus den Schusswunden der äusseren Haut in den nächsten Tagen trat Heilung ein. Entlassung am 25. Tage.)

25. Gaifani, P. jun., A proposito di modificazioni istologiche gravidiche dei polipi cervicali e a proposito della derivazione degli elementi deciduali. (Über die histologischen Schwangerschaftsveränderungen der Cervixpolypen und über die Derivation der Deciduaelemente.) Folia Gynaecologica. Vol. VI. f. III. (Artom di Sant' Agnese.)

26. Gentili, A., Polipi mucosi uterini in gravidanza e la loro reazione deciduale. Schleimpolypen des Uterus in der Schwangerschaft und ihre deciduale Reaktion. Rassegna di Ostetr. e Ginec. Anno 21. Nr. 12. (Artom di Sant' Agnese.)

27. Gerson, Dora, Über Uterusmyome als Indikation zu operativen Eingriffen während Schwangerschaft und Geburt. Inaug. Diss. Leipzig. Dez. 1911.

28. Giebler, Erwin, Komplikation von Schwangerschaft und Prolaps. Inaug. Diss. Berlin 1911. (Unter 11675 Fällen wurde nur 26 mal Prolaps des Genitale während der Geburt, der Gravidität und im Wochenbett beobachtet. Theorien über den ätiologischen Zusammenhang von Prolaps und Geburtstrauma. Kranken- und Geburtsgeschichten. Therapie während der Geburt.)

29. Gilles et Ducuing, A propos de deux cas d'hystéropexie pratiquée au début de la grossesse. Résultats post partum. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Dec. Nr. 9. p. 1081. (2 Fälle von Uterusfixationen in der Schwangerschaft. Im 1. war im 2. bis 3. Monat der Gravidität wegen Dysurie und heftiger Schmerzen im Unterleib bei retroflektiertem Uterus dieser nach der Methode Doléris-Richélot ventrofixiert. Die Schwangerschaft verlief glatt ohne Beschwerden etc. Lebendes Kind. Der Uterus lag 8 Monate nach der Entbindung wieder nach hinten. In einem 2. Fall war im 1. Monat der Schwangerschaft der retroflektierte Uterus ventrofixiert worden in der Weise, dass am Tubenwinkel jederseits Eisendrähte durchgezogen, diese durch die Bauchmuskulatur und Faszien geführt und oberhalb derselben geknotet waren. Die Schwangere hatte im Verlauf der weiteren Monate erhebliche Beschwerden und kam einen Monat vor dem Endtermin nieder. 10 Tage nach der normalen Entbindung kam sie wieder mit einem Tumor an der linken Fixationsstelle, wo durch den Eisenfaden eine Zerreisung stattgefunden hatte mit folgender Eventration. Der Uterus lag vollkommen nach hinten. Bemerkenswert ist, dass in beiden Fällen die Gravidität nicht die geringsten Störungen direkt danach erfahren hat. Im letzteren Falle hat das Nahtmaterial entschieden grosse Nachteile gebracht. Audebert rät in der Diskussion diese Operationen möglichst ausserhalb der Gravidität vorzunehmen.)

30. Gitelson, Die Schauta-Wertheimsche Prolapsoperation bei Gebärmuttervorfall. Russk. Wratsch. Nr. 28. (Bericht über einen Fall von Schwangerschaft bei einer nach Schauta-Wertheim operierten Frau. Das Kind (ausgetragen) wurde perforiert. Bericht über 20 Fälle der Operation.)

31. Goergens, H., Schwangerschaft, Adnextumoren und Ileus. Inaug. Diss. Bonn. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 50. (Durch Stieldrehung eines Parovarialtumors kam es während der Gravidität im 6. Monat zum Ileus. Die Parovarialzyste war mit dem Netz und den Därmen fest verklebt, die Auslösung des Tumors war auch nach Hervorwälzung des Uterus nicht möglich. Supravaginale Amputation des Uterus, um dadurch den Ileus zu beheben. Erst nach der Amputation gelingt es, den stielgedrehten Tumor ohne Verletzung der Därme auszulösen und zu entfernen. Heilung. Es handelte sich fraglos um einen paralytischen Darmverschluss, hervorgerufen durch den vom Tumor und wachsenden Uterus erzeugten Druck. Ovarialtumoren sollen in jedem Stadium der Schwangerschaft, um Komplikationen zu vermeiden, exstirpiert werden.)

32. Griffith, The unreliability of the measurements of the size of the uterus in relation to the navel. Royal society of med. Ref. The british journ. med. Jan. 27. p. 187.

33. Gradl, Hans, Schwangerschaft nach doppelseitiger Pyosalpinx. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. (22jähr. Kellnerin wegen doppelseitigen Adnextumors am 23. April 1910 laparotomiert. Da ein Ausschälen der hühnereigrossen und walnussgrossen Pyosalpingen wegen Darmläsionen gefährlich und ein spontaner Durchbruch des Eiters in den Darm vorbereitet scheint (wodurch Spontanheilung zu erwarten ist) Schluss der Bauchhöhle. Am 5. und 7. Tage p. op. Entleerung von Eiter und Blut aus dem Rektum, am 12. Tage nochmals. Entlassung am 21. Tage p. op. 7. November

1910 wird eine Gravidität im 3. Monat konstatiert, vom 2.—25. Januar 1911 starke fast unerträgliche Schmerzen im Leib. Bettruhe, Opiumsuppositorien. $2^1/_2$ Tage schmerzhafte Wehen, spontane Geburt. Nachgeburtsperiode und Wochenbett ohne Störung. Die Eiterentleerung durch den Mastdarm hatte bis zur Hälfte der Grav. angehalten. Erörterung verschiedener Konzeptionsmöglichkeiten.)

34. Guisti, Parto prematuro per un ago da cucire penetrato attraverso le pareti addominali e l'utero nella placenta. Vorzeitige Geburt infolge einer durch die Bauchdecke und den Uterus in die Plazenta gedrungenen Nähnadel. La Ginecologia, Firenze, IX. 15. (Artom di Sant' Agnese.)

35. Gutzmann, Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 23. Juni. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1913). (Demonstriert einen retroflektiert und inkarzeriert gewesenen schwangeren Uterus mit zervikalem Myom von einer 29jähr. 5. Gebärenden, die mit heftigen Schmerzen im 4. Monat erkrankte. Nach vergeblichen Repositionsversuchen Laparotomie. Totalexstirpation mit Zurücklassung des rechten Ovars wegen Unmöglichkeit der Enukleation.)

36. Hartmann, K., Myomenucleation aus dem graviden Uterus. Gynäkologische Rundschau. H. 7.

37. — Über Myomenukleation aus dem graviden Uterus. Ges. f. Geb. u. Gyn. Köln. 12. Juli. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. S. 732. (24jähr. Frau zur Operation wegen Tubargravidität überwiesen. Links neben dem Uterus ein über faustgrosser Tumor, der sich bei der Laparotomie als ein nahezu kindskopfgrosses Myom herausstellte. Uterus gravidus im 3. Monat. Myom 475 g schwer wurde ausgeschält, erhebliche Blutung aus dem Wundbett stand nach sorgfältiger Stillung. Am 3. Tag p. op. Ileus mit anhaltendem Erbrechen, völliger Darmlähmung, der nach Versagen der üblichen Mittel erst nach intravenöser Injektion von 20 ccm Hormonal sich besserte, nach 2 Stunden Abgang von Winden. Schwangerschaft blieb erhalten.)

37a. Haymann, Sarkom des Uterus mit Gravidität im 3. Monat. Subseröses Myom der vorderen Wand, supravaginale Amputation auf die Annahme eines Myoms mit drohendem Abort; nach gestellter Diagnose (mikroskopisch) Entfernung des Stumpfes und der Adnexe. Pat. gesund seit 1 Jahr. Verein der Ärzte Wiesbadens, 5. Juni. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 33.

38. Henkel, Exstirpation eines schwangeren Uterus bei diffuser Karzinose und Aszites. Naturwiss. med. Ges. zu Jena. II. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 28.

39. Hohn van Doren Young, A case of myomectomy during pregnancy, Abortion. followed by a normal pregnancy. The journ. of the amer. obst. August. p. 265. (Young entfernte im 4. Monat der Schwangerschaft bei einer 33 jähr. I para ein im unteren Uterinsegment an der Hinterwand des Uterus sitzendes, das kleine Becken ausfüllendes Myom. Abort am nächsten Tage. 14 Tage später Ausschabung von Plazentargewebe. 16 Monate später Niederkunft mit leichter mittlerer Beckenzange. Diskussion.)

40. Holländer, Jenö, A terhes méh lövèsi sérülésének egg esete. Budapesti Orvosi Ujsàg, Szülèszet es Nögyógyászat, Nr. 3. (Bericht über einen Fall von Schussverletzung der schwangeren Gebärmutter. Laparotomie; Entleerung und Vernähen des Uterus mit Tubensterilisation. Genesung.) (Temesváry.)

41. Hussey, Augustus, A., Fibroma uteri and pregnancy, Hysterectomy. The journ. of amer. obst. August. p. 264. (36jähr. I para, am Ende der Schwangerschaft. Seit 3 Monaten heftige Schmerzen in der linken Beckenseite. Die Geburt ging nicht vorwärts nach Eröffnung der Cervix. Abdominaler Kaiserschnitt, ein orangegrosses Myom sass unten links in der Cervix, das den normalen Durchtritt der Frucht durchs Becken verhindert hatte. Totalexstirpation des Uterus ohne Adnexe. Heilung. Lebendes Kind.)

42. Ihm, Edward, Die Myomnekrose während der Schwangerschaft. Sammlung klin. Vorträge. Gynäkologie Nr. 243 u. 244.

43. Jacobs, Charles, Cancer utérin et grossesse. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Ergzbd. 34. (Unter Mitteilung von 3 Fällen von Schwangerschaft und Carcinoma cervicis uteri äussert sich Jacobs dahin, dass man in allen Fällen sofort eingreifen und radikal operieren soll. In den ersten Monaten der Gravidität ohne Rücksicht auf das Kind, in den späteren Monaten abdominaler Kaiserschnitt und Radikaloperation. Die Operation sieht er dann als möglich an, wenn noch Beweglichkeit des Uterus besteht.)

44. *Katz, Tobias Friedrich, Myom-Sterilität? Sterilität-Myom? Inaug. Diss. Tübingen.
45. Kerr, Munro, A case of intestinal obstruction complicating pregnancy. Glasgow obst. and gyn. soc. Januar 24. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Februar. S. 122. (Die Pat. wurde im 7. Monat ihrer Gravidität im Kollaps ins Hospital eingeliefert mit fäkulentem Erbrechen. In der Gegend einer alten Appendektomienarbe war eine breite Hernie zu sehen, hier wurde eine Inzision gemacht, es fand sich ein fibröser Strang, der das ganze Lumen des Darmes vollständig verschloss. Nach seiner Entfernung war die Passage frei. Genesung ohne Unterbrechung der Gravidität.)
46. v. Klein, Uterus gravidus mensis X., wegen Retroflexio partialis, bedingt durch subseröses Fibrom, abdominal totalexstirpiert. Nordostdeutsche Gesellsch. für Gynäkologie. 10. II. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 28. (Bei einer 32 jähr. Ipara war die Schwangerschaft bis ungefähr zum normalen Ende ohne nennenswerte Störungen verlaufen. Pat. wurde etwa 3 Tage nach dem Blasensprung mit Nabelschnurvorfall seit etwa 24 Stunden und totem Kinde eingeliefert. Der vorderen Uteruswand sass ein bis unter den Rippenbogen hinaufreichendes, doppelkindskopfgrosses Myom auf; der Muttermund stand so hoch, dass er nicht erreicht werden konnte; das kleine Becken war durch einen kindskopfgrossen immobilen Tumor völlig ausgefüllt. Bei der Operation ergab sich, dass das Myom sehr umfangreich mit der vorderen Bauchwand und dem Netz verwachsen war; der im Becken liegende Tumor war das linke Uterushorn, welches den kindlichen Kopf enthielt; das rechte Uterushorn lag in der rechten Nierengegend und beherbergte den Steiss. Das Kind lag auf dem Muttermund wie bei verschleppter Querlage. Die Plazenta sass im unkarzerierten Uterushorn. Wichtig ist die bei der Operation gemachte Feststellung, dass die hintere Uteruswand nicht im geringsten abnorm vergrössert war; der Fundus uteri lag am Promontorium; das Kind hatte sich nur auf Kosten der exzessiv gedehnten vorderen Uteruswand entwickelt. Der Uterus wurde uneröffnet abdominal totalexstirpiert; glatte Heilung.)
47. — C. U., Uterus gravidus mensis X. wegen Retroflexio partialis, bedingt durch subseröses Fibrom, abdominal exstirpiert; ein Beitrag zur Lehre von der Retroflexio uteri partialis am Schwangerschaftsende. Monatsschr. f. Geb. und Gyn. Bd. 35. 423.
48. Knack, Andreas, Geburt und Gebärmutterkrebs. Inaug.-Diss. München.
49. Koblanck demonstriert ein kiebitzeigrosses Myom, das im letzten Monat der Schwangerschaft in einem Nabelbruch inkarzeriert war. Durch die Einklemmung waren Wehen ausgelöst, welche den Muttermund auf Markstückgrösse erweitert hatten. Abtragung des Myoms und Herniotomie. Rückbildung der Cervix, 4 Wochen später Entbindung von einem ausgetragenen Kinde durch Zange. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. 26. April. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1. 1913.
50. Krüger-Franke, Myom und Schwangerschaft. Freie Vereinigung mitteldeutscher Gynäkol. 27. Oktober. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2. 1913. (41 jähr. IV para. Letzter Partus vor 12 Jahren. Bei der inneren Untersuchung fand sich ein Uterus, der einer Gravidität von 4 Monaten entsprach, grösser als nach dem mutmasslichen Schwangerschaftstermin anzunehmen war. 7 Monate später entfernte Krüger-Franke nach der Entbindung der Frau wegen starker Blutung in der Nachgeburtsperiode einen faustgrossen Tumor, der der Vorderwand des Uterus breitbasig aufsass und zum Teil schon bei der Entbindung aus seinem Bett ausgeschält war. Es handelte sich um ein Myom. Henkel entfernte bei einer 35 jährigen Frau im 7. Monat der Gravidität ein über kindskopfgrosses Myom aus dem linken Parametrium durch Enukleation wegen grosser Beschwerden. Frau abortierte. Henkel tritt im allgemeinen mehr für die konservative Myombehandlung, Enukleation bei jüngeren Frauen ein.)
51. *Küstner, O., Lateralflexion, Torsion und Achsendrehung des graviden Uterus. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Ergänzungsbd. S. 21.
52. *Levy, Tilly, Über Myom und Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Bonn. Eisele.
53. Lindstedt, Magenkrebs und Gravidität. Hygiea Nr. 1. Ref. Deutsche med. Woch. Nr. 10. (5 Fälle von Magenkrebs bei schwangeren Frauen, die alle unter 33 Jahre alt waren, sprechen in ihrem Verlaufe für die Annahme, dass die Gravidität für die Entstehung des Ca. ventriculi ein disponierendes Moment abgeben kann. Aus anderem Material wurden 247 Fälle von Magenkrebs bei Frauen gesammelt. Davon betrafen 59 Frauen im Alter von weniger als 42 Jahren. In 20 davon fanden sich genaue

Angaben über die letzte Gravidität und auch in diesen Fällen sprach der Verlauf für obige Annahme.)

54. Löwe, Stielgedrehter gravider, myomatöser Uterus. Ärztlicher Verein zu Frankfurt. 18. Dez. 1911. Ref. Münch. med. Woch. Nr. 6. (Eine 39jährige, zum ersten Male schwangere Frau erkrankte unter den klassischen Symptomen der Extrauteringravidität. Bei der Operation fand sich jedoch ein gravider myomatöser Uterus, der durch die Hebelwirkung des fruchthaltenden Teiles sich um seine Ansatzstelle an der Scheide um 90° gedreht hatte. Supravaginale Amputation, Heilung.)

55. Lurié, R., Grossesse et fibrome. Diss. Genf. Seigneux. Studer. Genf. (Myom bei einer 31jährigen Ipara. Abort im 5. Monat, danach jauchiger Ausfluss, nachdem die Lösung der Plazenta vorher Schwierigkeiten gemacht hatte. Vaginale Hysterotomie, Abtragung eines verjauchten und vereiterten Myoms. Heilung.)

56. Macfarlane, Wm. D., Pelvic haematocele associated with Intrauterine Pregnancy. Journ. of obst. a. Gyn. of the Brit. Emp. August. Vol. XXII. 2. p. 98. (31jährige Mehrgebärende. Zuletzt menstruiert 8. April 1911, bekam plötzlich am 13. Juli 1911 heftige Schmerzen und Kollaps. Diagnose: geplatzte Tubenschwangerschaft. Morphium, am nächsten Morgen war der Puls besser, kein Fieber, bei der vaginalen Untersuchung fand sich ein Uterus im 4. Monat der Gravidität, in der rechten Seite eine zarte Masse von Orangengrösse, der Douglas war vollkommen mit einer weichen Masse, höchstwahrscheinlich Blut, ausgefüllt. Operation wurde von der Pat. verweigert, nach 8 Wochen entlassen. Pat. konnte leichte Arbeit verrichten und kam am Ende der Schwangerschaft glatt nieder. Einige Wochen nach der Niederkunft ergab die Untersuchung noch eine rigide Masse rechts neben der Fornix, die aber wesentlich kleiner geworden war als bei der früheren Untersuchung. Es handelt sich also um intrauterine Schwangerschaft mit extrauteriner kombiniert, letztere ist geplatzt, hat sich in eine Hämatozele umgewandelt, die intrauterine Schwangerschaft ist ohne Störung weitergegangen.)

57. Meyer-Ruegg, Das Oedema acutum cervicis uteri gravidi et parturientis. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 31. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2. 13. (Den 22 bekannten Fällen fügt Verf. einen neuen hinzu. 32jähriger II para presste beim Urinieren heftig. Dadurch trat am Ende der Gravidität ein keulenförmiger, 6 cm langer, 4½ cm breiter und 3 cm dicker, bläulichrotschimmernder Tumor vor die Genitalien, der die ödematöse vordere Muttermundslippe darstellte. Unter den bald darauf eintretenden Geburtswehen verkürzt sich die angeschwollene Muttermundslippe innerhalb von 3 Stunden fast vollständig. Geburt und Wochenbett normal. Die spätere Untersuchung ergab normale Verhältnisse. Das Primäre ist entschieden eine ausgesprochene Schwangerschaftshypertrophie und Auflockerung des Collum uteri. Bei Anstrengung der Bauchpresse erreicht das verlängerte Kollum den Beckenboden und die Genitalspalte, wodurch die Frau Dranggefühl bekommt. An der ausgetretenen Portio bildet sich dann bald die „Geburtsgeschwulst“.)

58. Mohr, L., Cauliflower der Cervix bei Gravidität im 2. Monat. Demonstr. Gyn. Ges. z. Breslau. 12. Juni. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41.

59. Paddock, C. E., Acute Edema of the Cervix in Pregnancy. Surg. Gyn. Obst. XIV. 40. Ref. The amer. journ. of obst. June. (35jähr. Pat. mit 4 normalen Schwangerschaften und Entbindungen bekam im 5. Monat ihrer 5. Gravidität eine Schwellung der Cervix, die aus der Vulva herausragte; einige Stunden vorher war eine klare, dann serosanguinolente, blutige Flüssigkeit abgegangen. Durch Beckenhochlagerung verschwand der Tumor in 12 Stunden, ebenso die Blutung. Einige Zeit später trat diese Erscheinung nochmals auf. Die Entbindung verlief ohne Schwierigkeiten. 2 Jahre später ereignete sich dasselbe wieder bei einer erneuten Schwangerschaft, diesmal kam es bei einer dieser Attacken zur Frühgeburt, die ebenfalls ohne Störung verlief.)

60. Palm, Dem. eines Präparates eines weit auf die Scheide übergegriffenen Portiokarzinoms mit Grav. Mens. III. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 23. Juni. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 10. 1913.

61. Palmer Findley, Prolapse of the uterus complicating pregnancy. The journ. of the amer. med. assoc. Vol. LVII. 27. (36jährige IV para im 3. Monat der Gravidität. Sie litt an einem Prolaps des graviden Uterus, der in seiner ganzen Ausdehnung vor der Vulva hing. Da sich die Pat. nicht auf Bettruhe und langes Abwarten einrichten konnte, entleerte Findley den Uterus, machte eine Portioamputation, vordere Kolporrhaphie und Kolpoperineorrhaphie mit gutem Erfolg.)

62. Politi Aloisio, Polipi uterini in gravidanza. Gebärmutterpolypen in der Schwangerschaft. Atti Soc. Ital. Ostetr. e Ginec. Vol. XVIII. (Artom di Sant' Agnese.)
63. Perner, A., Degenerative Veränderungen der Myome in der Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Bonn. (Bericht über zwei Fälle aus der Bonner Klinik. Auffallend war das Auftreten starker, fast unerträglicher Schmerzen im Leibe, die die Pat. zum Arzt führten. Die Ursache der Schmerzen ist wohl auf vermehrte Kapselspannung beim Wachstum der Geschwülste zurückzuführen.)
64. Pottet, Ein Fall von Retroversion mit Einklemmung des graviden Uterus. Revue prat. d'obst. et de péd. 25. Jahrgang. Nr. 276. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46. (Bericht über einen Fall von Einklemmung des retroflektierten Uterus, schwere Veränderungen der Blase, des Nierenbeckens und der Niere. Gangrän der Blase, Perforation mit konsekutiver Peritonitis. Exitus. Behandlungsmethoden.)
65. Putinfera, Präparat einer schwangeren Gebärmutter, kombiniert mit Fibromyom. Demonstration. Journal akusch. i shensk. bol. März. Sitzungsber. d. geb.-gyn. Ges. zu St. Petersburg. (H. Jentter.)
66. Rizzatti, Quindici casi di retroversione in gravidanza. 15 Fälle von Retroversion während der Schwangerschaft. Annali di Ostetr. e Ginec. XXXIV. 664. (Artom di Sant' Agnese.)
67. Rosenstein, Demonstration eines grossen Fibroms der linken Niere bei Grav. V. Mens. Breslauer gyn. Ges. 23. Jan. (Kolossaler fast den ganzen Beckenraum ausfüllender, tief ins kleine Becken reichender, weicher Tumor. Schnitt oberhalb des Uterus, sodass derselbe kaum gesehen wurde, die Enukleation des Tumors war erst möglich nach Entleerung einer Zyste von 5—6 l Inhalt mit dem Troikart. Entfernung des Tumors, seroseröse Naht des Peritoneums. Schluss der Bauchhöhle, glatte Heilung. Gutartiges Fibrom, seit 6 Jahren bestehend. Kein Abort.)
68. Rouville, M. de et Girauden: Myome pur de l'utérus complicant la grossesse. Réunion obst. de Montpellier 6. Décemb. 1911. Bull. de la Soc. d'obst. de Paris etc. Nr. 9. 1911.
69. *Rubin, C., Cervical pregnancy. Surgery, Gynaecologie and Obst. Dec. 1911. Ref. Journ. of obst. et gyn. of the brit. emp. January. (28jährige IIpara, hatte im 3. Monat der Gravidität nach einem Koitus starke Schmerzen im Leib und verfiel plötzlich. Bei der Laparotomie wegen angenommener geplatzter Tubargravidität zeigt sich ein kleiner Riss in der Gegend der Cervix und hier die Eiansiedlung. Die Plazenta hatte sich an oder nahe am Isthmus uteri und dem Os. int. und dann weiterhin nach der Vagina zu entwickelt.)
70. Runge, Ernst, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, kompliziert durch Genitaltumoren. Berliner klin. Wochenschr. Nr. 37. (Allgemeine Zusammenfassung praktischer Ergebnisse.)
71. Schardt, Johann, Zur Kasuistik der Myome. Myome und Fertilität. Inaug.-Diss. München. Januar.
72. Schwarz, Spontanruptur des graviden Uterus nach vorangegangenem klassischen Kaiserschnitt. Nordostdeutsche Gesellsch. f. Gyn. 23. März. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXV. S. 651.
73. *Salomons, Bethel, Prolapse and pregnancy, with an note of vaginal suspension. Journ. of obstetrics and gynaec. of the British empire. Vol. 21. 3. 155. (23jähr. IIIpara 1. Gravidität normal, in der 2. wurde nach verschiedener Pessarbehandlung ohne Erfolg die Pat. im Bett gehalten bis zum normalen Schwangerschaftsende. Sie erschien dann in der 3. Gravidität im dritten Monat wieder und nach ergebnisloser Pessarbehandlung entschloss sich Salomons, nachdem er die Pat. auf die Möglichkeit eines Abortes durch die vorgeschlagene Operation hingewiesen, zu einer vorderen Kolporrhaphie mit Blasenraffung, zirkulärer Portioamputation, Verkürzung der Lig. sacro-uterinae, Perineorrhaphie und ausgedehnter hinterer Kolporrhaphie mit Alexander-Adams. Die Pat. trug ohne Störung die Schwangerschaft zu Ende. In einem 2. Fall bei einer 28jähr. IVpara stellten sich schon im 2. Monat starke Beschwerden ein, im 4. Temperaturanstieg, die prolabierte Cervix wurde ödematös und exulzerierte. Salomons wollte wegen infizierten Eies den Uterus vaginal entfernen; vorher wurden 20 ccm polyvalenten Streptokokkenserum injiziert, danach eine heisse Scheidendusche gemacht, deren Effekt die Ausstossung eines $3\frac{1}{2}$ monatlichen Föts war, Lösung der Plazenta mit Gummihandschuhen, Heilung.)
74. Scipiades, Myom und Schwangerschaft I. Das Verhältnis zwischen dem Myom

der Sterilität und Fertilität. Mitteilungen aus der 2. Frauenklinik zu Budapest. Prof. W. Tauffer. Verlag S. Karger. Bd. 2. H. 1. Ref. Jahresbericht. 1911.

75. Siegel, Willy, Genitaltumoren und Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Freiburg. Januar 1912.

76. *Swayne, W. C., Operationen am Uterus und den Adnexen intra graviditatem. Bristol. med. chir. journ. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27.

77. *Szametz, Ludwig, Über den Einfluss der Myome auf die Sterilität und Fertilität. Inaug.-Diss. Freiburg i. Br.

78. — S., Einfluss der Myome auf die Sterilität und Fertilität. Wien. klin. Rundschau. Nr. 49—51. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 3. 1913. (An der Freiburger Frauenklinik wurden unter 4481 Patientinnen 365 Myomkranke behandelt = 8,1%, entsprechend dem Prozentsatz anderer Kliniken. 271 = 74% waren verheiratet, während sonst besonders bei Ledigen Myome gefunden werden. Die Sterilität der Verheirateten betrug 15,7%; andere Autoren haben bis 33% gefunden. Das Durchschnittsalter der Sterilen war 43,4 Jahre. Unter den Nichtmyomkranken betrug die Sterilität 10,3%. Die Myome sind also ein Konzeptionshindernis, werden aber als solches oft überschätzt. Am bedeutungsvollsten sind submuköse Myome, weniger interstitielle, gar nicht subseröse. 14 Myomkranke des Verf. waren schwanger. Sekundäre Sterilität fand sich bei 52 = 28,6%. Meist handelte es sich um interstitielle und subseröse Myome. Die 250 verheirateten Myomkranken hatten zusammen 769 Kinder, d. h. durchschnittlich 3, um 30% weniger als dem Durchschnitt in Baden entspricht.)

79. Tuckelt, Ernst, Zur Ätiologie der Spontanruptur des Uterus intra graviditatem. Inaug.-Diss. Leipzig. Dez. 1911.

80. Tucker, A case of gunshot wound of the pregnant uterus. The journ. of the amer. med. assoc. June 1. (III para im 9. Monat der Schwangerschaft war bei der Verfolgung eines Räubers von diesem in den Bauch geschossen. Bei der Laparotomie fand sich im vorderen Teil des Fundus uteri etwas nach links eine 1 Zoll lange Schusswunde, aus der Blut hervorquoll. Hier sass auch die Plazenta, das Kind wurde durch Kaiserschnitt extrahiert, Uterus vernäht und Abdomen drainiert. Zunächst Allgemeinbefinden nach vorübergehender Sekretstauung gut, am 3. Tage p. op. Exitus an plötzlichem Kollaps, wahrscheinlich Hämorrhagie, Sektion nicht ausgeführt. Die Kugel wurde über der linken Skapula des Kindes gefunden und extrahiert.)

81. Vallois, M., Fibrome du col compliquant la grossesse. Réunion. obst. de Montpellier. 6. Dez. 1911. Bull. de la Soc. d'obst. de Paris etc. Nr. 9. 1911.

82. Vallois und Jean Delmas, Sarcome mélanique et grossesse. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. Février. (41 jähr. IV para, die 2 Jahre vorher wegen einer Kruralhernie und eines im Epigastrium sitzenden melanotischen Tumors operiert war. Gänseeigrosses Melanosarkom. Bald darauf erschienen mehrere Tumoren hart, beweglich unter der Haut der Brust und der rechten und linken Achselhöhle. 17 Monate nach der Operation blieb die Periode aus, und von dem Augenblick an trat eine allgemeine generalisierte Sarkomatose auf. Ödem der oberen Extremitäten durch Kompression der Gefässe durch die Axillartumoren. Allmählich traten auch Erscheinungen innerer Metastasen auf, die Schwangerschaft ging ruhig weiter, aber im Interesse des Kindes beschloss man künstliche Unterbrechung am Ende des 9. Monates, die durch eine heisse Ausspülung leicht eingeleitet wurde. Geburt eines 2050 schweren Kindes. Die Frau starb am 21. Tage p. part. nach leichten Temperatursteigerungen an Krebskachexie, das Kind am 11. Tage an Gastro-enteritis. Im Urin der Mutter liess sich Melanogen nachweisen, am Kind keine Spur der Tumorveränderungen.)

83. Vincent und Ferrari, Obstacle prévu dû à un fibrome du ligament large. Opération au cinquième mois. Accouchement à terme. Bull. de la société d'obstétr. et de gyn. 12 Février. (Bei einer 25 jähr. I para wurde im 5. Monat der Gravidität ein über faustgrosses Fibrom, das den Uterus nach oben gedrängt hatte und bei der Geburt ein schweres Hindernis abgegeben haben würde, aus den Blättern des linken Lig. lat. durch Laparatomie entfernt, ohne Unterbrechung der Schwangerschaft. Der günstigste Zeitpunkt für derartige Operationen ist der 5. Monat, später soll die Exstirpation nicht mehr vorgenommen werden. Auch ist ein Unterschied zu machen zwischen gewöhnlichen Myomen und Kystomen in der Gravidität, mit deren Exstirpation ev. länger gewartet werden kann.)

84. Vineberg, Hiram N., Postabortive septic fibroid tumor of the uterus, Hysterectomie, recovery. The amer. journ. of obst. August. p. 260. (23 jähr. I para im

IV. Monat der Schwangerschaft mit einem Uterus in der Grösse dem 7.—8. Monat entsprechend. Es kam zum Abort, der glatt von statten ging, wegen starker Blutung in der Nachgeburtsperiode musste die Plazenta manuell gelöst werden. Einige Tage später trat Fieber auf. Tamponade des Uterus mit Jodoformgaze, nach gründlicher Ausspülung Zunähen der Cervix und abdominale Totalexstirpation des Uterus, Heilung. 2. Fall. 34jähr. Ipara mit über den Nabel reichendem Uterus und einer Schwangerschaft im 7.—8. Monat. Entfernung eines kokosnussgrossen submukösen Fibroms, Heilung. 3. Fall. 28jähr. Ipara in der 7. Woche der Schwangerschaft abortierend, mit kindskopfgrossem Myom, Hysterektomie. Bemerkenswert ist bei allen Fällen das Fehlen jeglicher Menstruationsstörungen; an dem ersten das jugendliche Alter der Pat., die Grösse des Myoms, der submuköse Sitz und die dabei erfolgte Gravidität.)

85. Ward, George Gray jr., Fibroma uterus complicating pregnancy; myomectomy. The amer. journ. of obst. August. p. 262. (44 jähr. Ipara, seit 2 Jahren verheiratet. Die Menstruation war stets unregelmässig. Sie war $4^{1}/_{2}$ Monat gravida und klagte über heftige Schmerzen, besonders in der linken Flanke, wo ein kindskopfgrosses Myom sass. Bei der Laparotomie wurde ein im linken Parametrium sitzendes Myom enukleiert und das bis tief in die Uterusmuskulatur reichende Myombett dann sorgfältig in Etagen vernäht und mit Peritoneum überkleidet. 34 Tage nach der Operation, als die Frau ihren häuslichen Beschäftigungen schon wieder nachging, kam sie nieder. Der Fall zeigt, dass sich ein unmittelbarer Abort an ein so weit in den Uterus entwickeltes und bis auf eine dünne Brücke vom Uterus-cavum ausgeschältes Myom nicht anzuschliessen braucht.)

86. *Weymeersch, A., Etude sur le mécanisme de l'avortement après ovariotomie double et sur la restauration utérine consécutive. La Gynécologie. Juin.

87. Wrzesniowski, Inkarzeration des schwangeren Uterus mit Erscheinungen des Ileus. Nach Entleerung von zwei Litern Harn Reposition sub narcosi. Die Frau fiebert infolge von Cystitis weiter und befürchtet Wrzesniowski eine Nekrose der Blasenschleimhaut, welche eventuell einen künstlichen Abort erheischen dürfte. Schwangerschaft von 5 Monaten. Ärztl. Ges. in Czenstochau-Przeglad Lekarski. 1912. Nr. 7. p. 123. Polnisch. (v. Neugebauer.)

88. Zakrshevsky, Echinococcus des Netzes und Schwangerschaft. Verhandlungen und Protokolle der Kaiserlichen Kaukasischen med. Ges. April. (Es wurde $2^{1}/_{2}$ monatliche Schwangerschaft und 3 faustgrosse rechtsseitige Ovarialzyste diagnostiziert. Der bei der Laparotomie blossgelegte runde weisse Tumor stand in inniger Beziehung zum Netz und adhärierte mit der vorderen Bauchwand. Er erwies sich als einkammeriger Echinococcus.) (H. Jentter.)

Zur Diagnose einer zervikalen Schwangerschaft verlangt C. Rubin (69) das Vorhandensein von Zervikaldrüsen an der Plazentarstelle, die Ansiedelung der Plazenta muss mit der Cervix innig verwebt sein, die ganze oder ein Teil der Plazenta muss unterhalb des Eintritts der Uterusgefässe oder unterhalb der Umbiegungsstelle des Peritoneums an der vorderen oder hinteren Uterusfläche adhärent sein, fötale Elemente dürfen sich nicht im Corpus uteri finden.

Katz (44) berichtet über 243 Myomfälle der Tübinger Frauenklinik. Er kommt zu folgenden Schlüssen: Vor der Menarche kommt es gewöhnlich nicht zur Myomentwickelung, doch kann der zu Myom tendierende Uterus zu einem relativ frühen Einsetzen der ersten Menstruation führen.

Das geringe Plus an Nulliparen unter den Myomträgerinnen hängt wohl damit zusammen, dass naturgemäss unter den übrigen gynäkologisch Kranken die Nulliparen weniger vorhanden sind als es dem Gesamtdurchschnitt der Bevölkerung entspricht.

Nulliparsein disponiert aber nicht zur Myomentwickelung, denn von sämtlichen Nulliparen aus dem genannten Zeitraum waren nur 13,7% mit Myom behaftet.

Die Sterilität ist also eine Folge des Myoms und keine Ursache desselben.

Der Sexual- und Generationsleistung wird jede ursächliche Beziehung zur Myomentwickelung abgestritten. Dagegen muss man der Sexualtätigkeit einen verlangsamenden Einfluss auf das Tempo der Myomentwickelung in dem oben genannten Sinne zuerkennen.

Eine erst postklimakterisch einsetzende Myomentstehung wurde nicht beobachtet. — Alles in allem lässt sich sagen, der Myomentwickelung liegen andere als sexuelle Momente zugrunde.

Die Untersuchungen Szametz (77) über den Einfluss der Myome auf die Fertilität und Sterilität ergeben, dass die subserösen Myome gar keine Primärsterilität, interstitielle eine über die Norm mässig gesteigerte, während submuköse und multiple, teils submuköse eine etwa um 10% resp. 18% gesteigerte Primärsterilität bedingen. Die Frage, ob und welchen Einfluss Myome auf die Konzeption haben, beantwortet Verf. dahin, dass ein solcher Einfluss vorhanden ist, indem submuköse Myome sehr oft von vornherein eine Behinderung der Konzeption bedingen. Die Myome sind auch für die Fertilitätsherabminderung verantwortlich zu machen.

Engström (16) hat vom 1. I. 1897 bis 1. VI. 1912 bei 412 Patientinnen die ventrale Myomenukleation ausgeführt mit einer Mortalität von 1,75%. Danach haben 27 Frauen konzipiert, unter ihnen hatten 5 vorher nie konzipiert. In einem Alter von 20—40 Jahren wurden 207 Frauen operiert. Von diesen haben 194 weiteres Interesse, darunter 81 Verheiratete und 113 Ledige. Aber nur von 72 Verheirateten und 102 Ledigen hat Engström nähere Nachrichten. Unter den 72 bei der Operation Verheirateten haben 19 konzipiert. Zwei, die nach der Operation empfingen, waren über 40 Jahre alt. Die Schwangerschaften traten nach 2 Monaten ein, 7 innerhalb eines halben Jahres, 5 zwischen ein halb und 1 Jahr, 9 zwischen 1—2 Jahren, 3 zwischen 2—3 Jahren und 3 nach mehr als 3 Jahren nach der Operation. Von den 27 Frauen haben 20 eine absolut ungestörte Schwangerschaft durchgemacht und ausgetragen. 12 Frauen haben 1 Kind, 2 Frauen 2 Kinder, 4 Frauen 3 Kinder, 1 Frau 4 Kinder, 1 Frau 6 Kinder geboren. Für 7 der myomektomierten Frauen endete die einzige Schwangerschaft mit einem Abort. Die Ursache der Aborte ist wohl in den schon vor der Operation bestehenden Erkrankungen der Schleimhaut des Uterus und entzündlicher Prozesse in der Umgebung des Uterus zu suchen. Einmal Typhus. Nicht weniger als 38 ausgetragene Kinder und dazu drei unreife sind ohne Beschädigung des Uterus geboren. Der Uterus hat also trotz der Myomenukleationen seine normale Funktion behalten.

Fraipont (21) steht auf dem Standpunkt, dass es nicht notwendig ist, Myome in der Schwangerschaft zu operieren, auch wenn dieselben beträchliche Grösse erreichen, solange sie keine Beschwerden und auch keine bedrohlichen Erscheinungen machen. Er berichtet über zwei Fälle; im ersten Fall zwangen ihn das Wachstum des Tumors und dadurch bedingte sehr heftige Schmerzen zur Operation, im zweiten Fieber, peritonitische Symptome und rasches Wachstum, im letzten Falle wurde supravaginal amputiert, es fanden sich Netzverwachsungen. Am häufigsten macht die Nekrose Operationen notwendig, ihre Symptome sind Schmerzen, peritonitische Erscheinungen, Temperaturerhöhungen und Störungen des Allgemeinbefindens.

An dem Material der Bonner Frauenklinik hat Tilly Levy (52) die Frage der Behandlung der Myome während der Schwangerschaft studiert. Es kommen in Betracht: 1. künstliche Unterbrechung, dem stehen erfahrungsgemäss schwerwiegende Nachteile entgegen. 2. Exstirpation bezw. Enukleation des Myoms, die Methode wird nur da empfohlen, wo man den Uterus unangetastet lassen und so Gewähr für das Fortbestehen der Schwangerschaft haben kann. Sehr oft ist es dabei zu Komplikationen gekommen, indem man Uterus samt Föt wegen schwerer Blutungen opfern musste, sehr häufig trat auch danach Abort ein. Nur bei Stieldrehung des Myoms wäre eine Laparomyomotomie anzuraten. 3. Amputatio uteri supravaginalis und Exstirpatio uteri totalis. Entscheidung von Fall zu Fall. Eine Reposition des obstruierenden Myoms kann vorsichtig empfohlen werden; beim forcierten Reponieren treten oft Zerreissungen der stark blutenden Verwachsungen ein, an denen der Tod erfolgen kann. Bei Versagen dieses Modus Laparotomie mit den weiteren Operationen, Sectio caesarea, Totalexstirpation etc. (Material der

Bonner Frauenklinik: Vaginale Enukleation 1, Laparomyomektomie 4, supravaginale Amputation 12, vaginale Totalexstirpation 2, Totalexstirpation p. lap. 2. Von den 21 Fällen kamen 4 ad exitum.)

Alle mit der Gravidität komplizierten Ovarialtumoren bedeuten eine grosse Gefahr für die Trägerin, Swayne (76). Die mütterliche Mortalität sei ohne Operation hoch und die geburtshilfliche Operation hierbei sehr gefahrvoll. Eine vorzeitige Ausstossung der Frucht braucht keineswegs nach den Operationen zu erfolgen. 6 Fälle mit günstigem Resultat für die Mutter. Bei zwei Ovariotomien ein Abort und eine tote Frucht. Unter 4 Myomotomien trat zweimal Frühgeburt ein.

Nach der doppelseitigen Ovariotomie in der Schwangerschaft bei Kaninchen tritt nach den Untersuchungen von Weymeersch (86) sofort ein Verschluss oder eine Zusammenziehung der Uterusgefässe ein mit einer Zusammenziehung des Uterus, die sich äussert in einer fast vollständigen Verschliessung der Blutgefässe der Uterusschleimhaut und der tiefen Partien der Plazenta. Ist die doppelseitige Oophorektomie 8 oder 10 Tage nach der Befruchtung ausgeführt, so ist der Effekt derselbe. Im ersten Falle, wo die oberflächlichen Gefässe der Plazenta noch nicht ausgebildet sind, tritt ein leichtes Ödem, im zweiten Falle eine breite Blutdiffusion im Bindegewebe der Plazenta ein. Der Tod des Föt tritt unmittelbar nach der Unterbrechung der Zirkulation ein. Die Wirkung wird bedingt durch die innere Sekretion des gelben Körpers, die gefässdilatatorisch wirkt. Der Abort ist stets auf eine Verletzung der gelben Körper zurückzuführen. Die Schleimhaut des Uterus in den frühen Fällen, die wenig verändert ist, bildet sich zurück, nur der Teil des syncytial gewordenen Epitheliums wird ausgestossen. In den späteren Fällen stösst sich die Plazenta in toto ab, und zwar in einer Demarkationslinie; dabei wirkt die Zusammenziehung der Uterusmuskulatur mit.

Nach der von Becker (4) zusammengestellten Statistik von 28 wiederholten Uterusrupturen, bei denen der Zeitraum zwischen 1—7 Jahren schwankte, kamen 13 Todesfälle zur Beobachtung. Es kann danach die Ansicht, dass je längere Zeit nach der ersten Ruptur verstreicht, desto fester die Narbe durch Regeneration der Muskulatur, nicht zu Recht bestehen.

Zur Vermeidung der Ruptur in alten Kaiserschnittsnarben stellt Fischer (20) folgende Forderungen auf: 1. Möglichste Vermeidung des queren Fundusschnittes. 2. Vermeidung der Eröffnung des Uterus im Bereiche der Plazentarstelle. 3. Möglichst exakte Nahttechnik (Vermeidung des Einstülpens und Durchstechens der Decidua, ungünstigen wie zu dicken, schwer oder unresorbierbaren Nahtmaterials). 4. Vermeidung der Uterustamponade nach Kaiserschnitt. 5. Vermeidung einer zu frühen Anlegung der Naht, bevor der Uterus so gut als möglich kontrahiert ist (Secale!). Die zweite Schnittlinie oder folgende soll in der alten Narbe nur angelegt werden, wenn diese stark genug ist, sonst daneben indizieren oder die alte Narbe exzidieren.

Ferner soll Fieber im Wochenbett möglichst vermieden werden, ebenso eine schnelle Aufeinanderfolge der Schwangerschaften, abnorm starke oder schnelle Ausdehnung der Uteruswände (Zwillinge, Hydramnion), stärkere Wehentätigkeit und stärkere Anstrengungen der Bauchpresse. Deshalb ist dauernde Beobachtung nach Kaiserschnitt wieder gravid gewordener Frauen notwendig.

Küstner (51) hat schon in früheren Arbeiten auf die Achsendrehung und die Torsionen des graviden Uterus hingewiesen, auf die in neuerer Zeit wieder Olshausen und A. Martin aufmerksam gemacht haben. Meist handelt es sich um spitzwinklige Anteflexionen des zugleich torquierten Uterus, die sich ausschliesslich rechts finden. Es findet eine Torsion des Uterus im Bereiche der Portio supravaginalis (Isthmus etc.) statt. Schwierigkeiten der Differentialdiagnose werden erwähnt, Extrauteringravidität wird dabei häufig angenommen.

Salomons (73) schlägt bei Schwangerschaft und Prolaps vor: 1. Bei gewöhnlichen Fällen Pessarbehandlung. 2. Bei erfolgloser Pessarbehandlung mit Rücksicht auf eintretenden Abort und Infektion des prolabierten Uterus entweder Perineorrhaphie oder gründliche Prolapsoperation. 3. Bei Fällen mit Infektion gründliche Säuberung der Cervix und Entleerung des Uterus, bei septischem Uterus Hysterektomie mit Drainage. Er empfiehlt weiter als Prolapsoperation eine Methode ähnlich der gewöhnlichen Vaginifixur, nach der er nichts Nachteiliges erlebt hat.

Findley (19) hat in der Literatur 140 Fälle von Prolaps des Uterus und der Schwangerschaft gefunden. In den ersten 3 Monaten der Schwangerschaft, wenn die Pat. über Drängen nach unten und Blasenbeschwerden etc. klagen, kommt man mit Einlegen eines zweckentsprechenden Pessars aus. Durch ein Pessar ist ohne Zweifel noch keine Fehlgeburt in diesen Fällen veranlasst worden. Wenn ein Pessar nicht vertragen wird, ist Bettruhe, wenigstens mehrere Stunden am Tag, anzuraten, Enthaltung von allen anstrengenderen Beschäftigungen etc. Das Pessar kann nach dem 4. Monat entfernt werden. Bei einem akut entstandenen Prolaps ist unbedingt die Reposition zu machen und ein entsprechendes Pessar einzuführen; es gelingt dadurch in den meisten Fällen, die Gravidität zu erhalten. Zur Reposition wird die Pat. in Knieellenbogenlage gebracht oder in Rückenlage bei entleerter Blase und Mastdarm; dann soll strenge Bettruhe eingehalten werden. Wenn die Geburtsarbeit bereits im Gange ist, dürfte sich am meisten die beiderseitige Inzision der Cervix nach Dührssen empfehlen. Seitz fand sie in seinen 91 Fällen aus der Literatur in 38% ausgeführt. Wegen der Gefahr der Verletzung der Blase ist die vordere Inzision der Cervix weniger zu empfehlen, doch bei genügender Technik und Erfahrung die beste Methode, besonders bei weiter fortgeschrittenen Schwangerschaften. Gegen Ende der Gravidität ist in besonderen Fällen auch der abdominale Kaiserschnitt angebracht. Wenn der Uterus adhärent ist, so ist es am besten, ihn zu entleeren und dann die entsprechenden Plastiken zur Herstellung normaler Verhältnisse anzuschliessen. Bei der Entbindung kann es vorkommen, dass durch Expression der Plazenta der Uterus herausgedrückt wird. Nach Reposition desselben soll die Pat. 3—4 Wochen mit erhöhtem Becken im Bett bleiben und später eine definitive Verbesserung vorgenommen werden. Kolpeurynther oder Gazetamponade sollen dabei wegen Gefahr der Retention der Lochien nicht angewandt werden. Es ist nicht immer der Fall, dass durch plastische Operationen an der Portio oder an der Scheide die Frühgeburt eingeleitet wird, man kann gewöhnlich derartige Operationen vornehmen, ohne der Gravidität zu schaden, dafür einige Beispiele aus der Literatur.

Krankheiten des Eies, intrauteriner Fruchttod, abnorm lange Retention des abgestorbenen Eies.

1. Bainbridge, William Seaman, Lithopedion, Report of a Case, with a review of the Litterature. The americ. journ. of obst. January. (45jährige Frau, seit 14 Jahren Witwe. 3 Kinder, eine Fehlgeburt, der letzte Partus vor 24 Jahren. Bei der Operation des im Abdomen als verkalktes Fibroid angesprochenen Tumors stellte sich dieser als ein Lithopädion heraus. Pat. macht zunächst eine ungestörte Rekonvaleszenz durch, starb aber plötzlich am 17. Tage nach der Operation an Arteriosklerose der Kranzarterien, Luftembolie und Embolie der Art. coron. und chronischer Nephritis. Höchstwahrscheinlich ist das Lithopädion das Resultat einer Superfötation zur Zeit der letzten Schwangerschaft, einer 1. Tubenschwangerschaft, die nach Platzen der Tube, wie aus einem Riss daselbst ersichtlich, sich bis zum 7. Monat wahrscheinlich weiter entwickelt hat. Abbildungen und Literaturübersicht.)
2. Ballerini, Rückbildung von Luteinkystomen bei Blasenmole mit später einge-

tretener normaler Schwangerschaft. Ann. di ostetr. e ginec. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39.
3. Beckmann, Hydrorrhoea gravidarum. Journal akusch. i shensk. bol. Jul.—Aug. Sitzungsber. d. geb.-gyn. Ges. z. St. Petersburg. (H. Jentter.)
4. Bender, Xavier, Un cas d'hématom-mole. Bull. de la soc. de gyn. d'obst. de Paris. Nov. 8. 856.
5. *Bonnet-Laborderie et Voituriez, Hydramnios aigué à forme grave d'une grossesse gémellaire univitelline. Traitement par la ponction abdominale. Réunion obst. de Lille 27. XII. 1911.
6. Briggs, Henry, On the relative size of the uterus in cases of hydatid mole with illustrative cases and specimens. The journ. of obst. and gyn. January. (Unter 23 Fällen, die genauer beschrieben sind, fand Briggs nur einen Fall mit Vergrösserung des Uterus, alle übrigen boten einen Uterus, der an Grösse nicht der seit Ausbleiben der Menstruation zu erwartenden Vergrösserung entsprach, sämtliche Uteri waren kleiner als man es nach den allgemein gültigen Anschauungen annehmen sollte. Nur bei 2 Fällen fand sich ein Übergang der Blasenmole in Chorioepitheliom. Die Vergrösserung des Uterus ist bedingt durch eine grössere Ansammlung von Blut im Uterus bei Blasenmole. Die Verkleinerung des Uterus oder die relative Kleinheit erweitert die Differentialdiagnose bei Missed Abortion und intrauterinem Absterben des Föt und ändert die gebräuchlichen Anschauungen über das Verhalten des Uterus bei Blasenmole. Die Tendenz der Blasenmole zu malignem Chorioepitheliom ist keine so grosse, als allgemein angenommen wird.)
7. Davidsohn, C., Lithopädion. Demonstr. Verhandl. d. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin, 12. Januar. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. 898. (Bei einer 75jährigen Frau fand sich bei der Sektion in der Bauchhöhle mit dem abdominalen Tubenende rechts fest verwachsen ein 15 cm langes Gebilde Lithokelyphos. Der Föt entsprach dem 5.—6. Monat. Bei der mikroskopischen Untersuchung waren erhalten die quergestreiften Muskeln, die Haut mit den Lanugohärchen, Cholestearin- und Hämatoidinkristalle. Das Alter der Frucht im Bauch der 73jährigen Frau muss etwa auf 40 Jahre geschätzt werden. Verwachsungen bestanden noch mit dem S rom. und dem Querstück des Ileum. Irgendwelche Beschwerden zu Lebzeiten waren nicht aufgetreten, die über 5 cm dicken Bauchdecken hatten keine Diagnose des im Eingang zum Becken liegenden Steinkindes im Leben gestattet.)
8. Delmas, Jean et Paul, Deux cas de môle hydatiforme. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. Février. (2 Fälle von Blasenmole, bei deren Trägerinnen bereits Aborte und Schwangerschaften vorausgegangen waren. Eines der wichtigsten Symptome der Blasenmole, die der Zeit nach dem letzten Auftreten der Menstruation nicht entsprechende starke Vergrösserung des Uterus fehlte in beiden Fällen. Die Uteri waren der Schwangerschaftsdauer entsprechend vergrössert.)
9. Ebertshäuser, Karl, Über Blutungen in den ersten Monaten der Schwangerschaft und deren Behandlung. Inaug.-Diss. Würzburg, Oktober.
10. Engström, Otto, Zur Kenntnis der destruierenden Blasenmole. Mitteilung a. d. gyn. Klinik von Engström. Bd. 10. H. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16. 1913. (In dem einen Falle konnte die Entstehung eines reinen Chorioepithelioma in der Scheidenwand im Anschluss an die im Uterus befindliche Blasenmole konstatiert werden. Verf. erörtert weiterhin noch die Verschleppung von Chorionzotten auf dem venösen Wege und die histolytische Einwirkung ihrer ektodermalen Bekleidung auf die neue Umgebung.)
11. Ertl, Demonstration einer p. lap. entfernten Blasenmole bei einer 49jährigen. Verein der Ärzte in Oberösterreich. 12. Okt. Wien. klin. Woch. Nr. 8.
12. Essen-Möller, Elis, Studien über die Blasenmole nebst philologischen Anmerkungen über die Wörter Myle, Mola, Mondkalb. Wiesbaden, E. Bergmann. (Monographie mit genauer Berücksichtigung von Geschichte, Pathologie, Histologie, Pathogenese und Ätiologie, Vorkommen, Symptomatologie und Verlauf, Diagnose und Prognose, Therapie. Von den 22 eigenen Fällen sind 2 destruierende Blasenmolen, 2 mit wucherndem Bindegewebe der Zotten, das sich knotenförmig in die Gefässe vorstülpte — Fibroangioma villosum chorii —. Klinisch bemerkenswert sind: frühzeitige Blutungen, blutig-schleimiger Ausfluss, frühes starkes Wachstum des Uterus und Albuminurie in früher Zeit. Ausführlich beschrieben ferner die Umwandlung ins maligne Chorionepitheliom. Vollständige Literaturangabe und 20 sehr schöne Abbildungen auf 12 Tafeln.)

12a. Essen-Möller, Elis, Mola destruans (Diskussion). Ges. f. Gyn. u. Obst. 9. April. Ref. Ugeskrift for Laeger. p. 1878. (O. Horn.)

13. Falgowsky, Einige krittsche Bemerkungen zu Fällen von Blasenmole bei Zwillingsschwangerschaft p. 268—280. Verh. d. gynäkol. Sekt. d. XI. Vers. poln. Ärzte. Krakau 1911. cf. Kap. I. Verhandlungen.

14. *Fedorow, Über die Veränderungen des Eies bei Mittelabortion. Russki Wratsch. Nr. 38. (H. Jentter.)

15. Fruhinsholz, Présentation d'un squelette de foetus ectopin au voisinage du terme, expulsé par la voie rectale. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nov. Nr. 8. 958. (Bericht über ein von Dr. Eury gesammeltes, von einer 32jährigen IIIpara innerhalb von 2 ½ Jahren durchs Rektum ausgestossenen Skelettes einer extrauterin entwickelten Frucht. Ausstossung von 58 Knochen. Heilung.)

16. Grad, Hermann. Atypische Schwangerschaft. Amer. journ. of obst. Jan. 1911.

17. Grube, Lithopädion. Demonstration in der Nordwestdeutschen Ges. f. Geb. u. Gyn. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Nov. 608. (Anamnestisch bemerkenswert, dass die Tubargravidität im 2. Monat geplatzt war und zu einer heftigen intraabdominellen Blutung geführt hatte. Pat. hütete 7 Monate das Bett. Das Kind, das sich stets bewegt hatte, geriet zur Zeit des normalen Endes der Schwangerschaft nach vorangegangenem heftigen Schmerz in stürmische Bewegungen, die 7 Stunden andauerten, dann war alles ruhig. Pat. verliess nach einigen Tagen das Bett, sie hat das Kind 9 Jahre bei sich getragen. Zu erwähnen ist noch, dass die dem Eihautriss anscheinend am nächsten gelegenen kindlichen Teile in bezug auf die Resorption der Weichteile am meisten in Anspruch genommen sind.)

18. Hauch, Mola destruans (Diskussion). Ges. f. Gyn. u. Obst. 9. April. Ref. Ugeskrift for Laeger p. 1878. (O. Horn.)

19. Hartmann, Et extraamnialt udviklet Tvillingpar. (Ein extraamnial entwickeltes Zwillingspaar.) (Demonstration.) Ges. f. Gyn. u. Obst. 9. April. Ref. Ugeskrift for Laeger. p. 1872—73. (O. Horn.)

20. Henkel, Missed labour vergeblich mit Pituitrin behandelt, Einleitung der Geburt durch Behandlung mit Thermopenetration. Naturwiss. med. Ges. z. Jena. II. Ref. Deutsch. med. Woch. Nr. 28.

21. Josephson, C. D., Eine fehlerhafte Diagnose, Blasenmole mit Myom verwechselt. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. Schwed. Ärzte. Hygiea Nr. 7. (Durch eine eingetroffene Blutung und Abgang von kleinen Bläschen wurde die richtige Diagnose klar.) (Silas Lindquist.)

22. Lewenhagen, K., Über Gravidität ausser den Eihäuten. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. Schwed. Ärzte. Hygiea Nr. 5. (Silas Lindquist.)

23. — Über Schwangerschaft ausserhalb der Eihäute. Hygiea, Mai. Ref. Münch. med. Woch. Nr. 53. (Mitteilung von 3 Fällen. In einem der Fälle konnte Verf. bei innerer Untersuchung die Abwesenheit einer Blase konstatieren und den vorliegenden Kindesteil direkt palpieren, was schon während der Schwangerschaft die Stellung einer exakten Diagnose ermöglichte.)

24. *Linzenmeier, Hydrorrha gravidarum amnialis. Med. Ges. z. Kiel. 30. Nov. 1911. Ref. Münch. med. Woch. Nr. 8.

25. Littauer, Fall von Blasenmole mit nachfolgenden Wucherungen von der Art des Chorionepithelioms. Ges. f. Geb. u. Gyn. Leipzig, 17. Juni. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51. (25jähr. Igravida, V. Mens., seit mehreren Wochen Blutungen, mit vaginaler Hysterotomie wird eine Blasenmole entfernt, bei Austastung keine Wandverdünnung festzustellen. 14 Tage nach der Operation normale Blutung, dann 14 Tage später äusserst heftige Blutung. Dilatation, in der linken Tubenecke Gewebsteile entfernt, deren Untersuchung eine Deciduabildung an der Uterusschleimhaut, ferner eine Molenzotte mit papillärer Wucherung der Epithelschicht und schliesslich epitheliale Bildungen, die den Verdacht auf Chorionepitheliom wachrufen müssen. Nach 14 Tagen nochmalige Abrasio, keine verdächtigen Elemente.) Disk.: J. Veit.

26. Mieseroff, Contribution à l'étude du missed abortion. Diss. Genf. Ch. Zöllner. (Poliklinik: Seigneux.) Ref. Gyn. Helv. Frühlingsausgabe.

27. Mittelacher, Behandlung von Plazentar- und Eihautresten. Ges. f. Geb. u. Gyn. z. Köln. 12. Juli. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 46. p. 737.

28. Mohr, L., Lithopädion. Demonstr. Gyn. Ges. z. Breslau. 12. Juni. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41.

29. Oui, Môle vesiculaire. Bull. de la soc. d'obst. de Paris etc. Nr. 9. 1911. (Nach einer Blasenmole fand sich bei der Entlassung aus der Behandlung noch eine Eierstockzyste vor.)
30. Perazzi, P., Sulla scomparsa di varici nelle gravide dopo la morte intrauterina del feto. Über den Schwund der Krampfadern bei Schwangeren, nach dem intrauterinen Tode des Fötus. La Ginecologia, Firenze, Anno IX. Fasc. 12. (Auf Grund einer persönlichen Beobachtung und weniger anderer in der Literatur gesammelter will Verf. den Symptomen des intrauterinen Todes des Fötus auch den Schwund der Krampfadern zuzählen, die ausser auf eine mechanische Wirkung und einen Einfluss des Nervensystemes auf den Zustand der Schwangerschaftstoxämie zurückgeführt werden können.) (Artom di Sant' Agnese.)
31. Pery, Hydrorrhoe des Liquor Amnii. Soc. Obst. Bordeaux. Juli 1911. 381. Ref. The journ. of obst. a gyn. of the Brit. Emp., May. (Die Pat. verlor im 5. Monat ihrer Gravidität blutig wässerige Flüssigkeit. Durch die mikroskopische Untersuchung wurden Epithelien und Haare nachgewiesen und so die Diagnose auf Liquor Amnii gestellt. Lebendes Kind bei geschlossenem Muttermund. Die Pat. verlor weiterhin Fruchtwasser 7 Wochen lang, bis endlich die Geburt eintrat. Querlage. Das Kind konnte wegen der Uteruskontraktion nicht gewendet, sondern musste embryotomiert werden. Pery weist darauf hin, dass trotz der Zerreissung der Membranen die Geburtarbeit erst viel später eintrat, dass das Kind weiter am Leben blieb und keine Infektion hinzukam.)
32. Poso, Un caso di mola vescicolare infiltrante ed uno di epitelioma coriale dell' utero. (Ein Fall von infiltrierender Blasenmole und Chorionepitheliom der Gebärmutter.) Atti della Società Ital. di Ostetro e Ginec. Vol. XVIII. (Verf. betrachtet die beiden Prozesse als zwei verschiedene vom pathologisch-anatomischen und klinischen Standpunkte aus. Die Mole ist als ein hyperplastischer Prozess zu betrachten und die eventuelle Infiltration des Myometriums von seiten der Bläschen ändert nichts an der ursprünglichen Bedeutung; während Verf. das Chorionepitheliom als eine echte, bösartige Neubildung betrachtet. Beide Prozesse verlangen die Entfernung der Gebärmutter. Für den ersten Fall ist, dem Verf. nach, die Prognose eine gute, für den zweiten jedoch eine ungünstige.) (Artom di Sant' Agnese.)
33. Putinzewa, Blasenmole bei einer 53jährigen Frau. Wratsch. Gaz. Nr. 27. Sitzungsbericht d. geb.-gyn. Ges. zu St. Petersburg. (H. Jentter.)
34. Rabinowitsch, O. M., Zur Therapie der Plazentarretention. Inaug.-Diss. Genf. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42.
35. Remy, Longue retention du placenta après l'expulsion de l'embryo. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Dec. Nr. 9. 1022. (Plazenta war nach Ausstossung eines 15 cm langen Föt in guter Beschaffenheit noch 56 Tage im Uterus retiniert ohne irgendwelche Komplikationen. Die starken Blutungen, die Remy in seinen 3 Fällen von Retention (48 Tage und 2 Monate) zu Anfang erlebt hat, führt er auf Zerreissung eines grösseren Utero-Plazentargefässes znrück. (Diskuss. Vautrin. Herrgott.)
36. *Roeder, Bruno, Zur Behandlung der Eihautretention. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. 670—681.
37. Rosenstein, Missed abortion. Breslauer Gyn. Ges. 27. II. Ref. Deutsche med. Woch. Nr. 28. (1 cm langer Föt bei 5monatlicher Amenorrhoe, als deren Ursache Schwäche des Hohlmuskels und zervikales Myom anzusehen sind.)
38. Scheel, Victor, Et Tilfaede af Mola destruans. (Ein Fall von Mola destruans. (Demonstration.) Ges. f. Gyn. u. Obst. 9. April. Ref. Ugeskrift for Laeger. p. 1873—78.
39. Scheftel, Zur Kasuistik der Blasenmole. Wratsch. Gaz. Nr. 37. (2 Krankengeschichten.) (H. Jentter.)
40. de Shoo, Mola destruans. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk en Gyn. Jaarg. 21. p. 277. (Im 5. Schwangerschaftsmonat wurde sie wegen Blutung curettiert, wobei ein Mole gefunden wurde mit einem sehr kleinen Fötus. Nach 25 Tagen bekam sie eine Phlegmasie am linken Bein. Dieses heilte sehr schnell. Nach 14 Tagen wieder Blutung und wurde eine grosse Menge Decidua entfernt. Bald darauf wieder Blutung. Beim Curettement nichts gefunden, 2 Monate Amenorrhoe. Dann so starke Blutung, dass Totalexstirpation nötig war. Am Präparat ist zu sehen, dass die Blutung aus einer thrombosierten Vene kam. Der ganze Uterus ist ausgefüllt durch eine Mola destruans unter der Mukosa gelegen.) (W. Holleman.)

41. Schmorl, Demonstration eines pathologischen Eies der ersten Wochen. Gyn. Ges. Dresden, 21. Nov. Ref. Zentralbl. Nr. 6. 1913. (Ausschabung wegen unregelmässiger Blutungen bei infektiöser Endometritis. Das Ei bot alle Zeichen einer Blasenmole in den frühesten Stadien dar.)
42. Smith, An unusual Lithopädion. Journ. of the Americ. med. Assoc. April. S. 1114.
43. Sundt, Halfdan, Eine Blasenmole. Med. revue. Bergen. S. 18. (21 jähr. Ipara aus tuberkulös belasteter Familie. Husten, Abmagerung, Anämie, längere Zeit hindurch Genitalblutungen. Spontan wurde eine mittelgrosse Blasenmole geboren. Nach 3 Wochen wieder Blutung, Abrasio mucosae uteri. Mikroskopisch keine Malignität. Vollständige Genesung.) (Kr. Brandt.)
44. Swayne, Missed labour. Royal Society of med. January 4. Ref. The brit med. journ. Jan. 27. (1. Fall. Nach 3 normalen Schwangerschaften hatte die Pat. ihre letzte Menstruation am 16. Oktober 1904, am 10. Juni 1905 Blutung, am 24. Juni Abgang von Fruchtwasser und Plazenta; danach eitriger Ausfluss und am 8. August Abgang des Föt. Der Uterus der schwerkranken, halb-komatösen Frau entsprach in seiner Grösse dem 6. Monat. Tod der Pat. nach Entfernung der retinierten Teile am gleichen Abend. 2. Fall. Retention des Kindes 340 Tage nach der letzten Periode, Gewicht 14 kg.)
45. Taylor, Howard C., Hydatiform mole, Hysterektomie. The amer. journ. of obst. April. S. 627. (49 jährige Italienerin, die 6 lebende Kinder und 7 Fehlgeburten zwischen 2—4 Monaten durchgemacht hatte. Ihre letzte Periode — sie war bisher regelmässig menstruiert — hatte sie 10 Wochen vor der Konsultation. 6 Wochen vorher hatte sie viel Blut verloren, so dass sie sehr anämisch war. Taylor hat in dem Fall die Hysterektomie ausgeführt, ausgehend von der Überlegung, dass der Uterus, nachdem eine erwünschte Kinderzahl vorhanden, in dem höheren Alter der Frau ein mehr weniger überflüssiges Organ darstellt und weil über 16% der Blasenmolen in ein Chorioepitheliom übergehen und nur ein geringer Prozentsatz der wegen Chorioepithelioms operierten Fälle in Genesung übergegangen ist.)
46. Todyo, Über ein junges pathologisches menschliches Ei. Arch. f. Gyn. Bd. 98. H. 2. (An dem jungen pathologischen menschlichen Ei waren besonders bemerkenswert die myxomatöse Degeneration der Zotten mit ihrer eigentümlichen plumpen gedrungenen Gestalt, das ziemlich regellose hochgradige Wuchern des Syncitiums und die beträchtliche Vakuolenbildung in ihm. Es war ferner ganz unzweifelhaft eine entzündliche, durch Bakterienwirkung und -invasion hervorgerufene Erkrankung der Uterusschleimhaut vorhanden, die wohl für die Erkrankung des Eies von ausschlaggebender Bedeutung gewesen ist.)

An der Hand von vier Fällen weist Linzenmeier (24) nach, dass die Hydrorrhoea gravidarum neuerdings als Abfluss wirklichen Fruchtwassers aufgefasst werden muss. Die bei dieser Affektion häufig auftretenden Blutungen sind so zu erklären, dass die Plazenta, die nicht wie sonst durch den Fruchtwasserinnendruck geschützt ist, bei Bewegungen des Kindes leicht partiell gelöst oder verletzt wird.

Bonnet (5) punktierte einen ungeheuer starken Hydramnios mitten durch die Bauchdecken in der Mittellinie ca. 10 cm oberhalb der Symphyse. Acht Tage später als nach Wiederauftreten des starken Hydramnios eine erneute Punktion erfolgen sollte, trat spontaner Partus der ödematösen Föten ein. Die ziemlich hohe Punktion hatte nicht den sofortigen Eintritt des Partus zur Folge, die Patientin hatte den Eingriff ohne jede Reaktion überstanden.

Auf 13986 Geburten im Alexandra-Stift für Frauen in St. Petersburg kamen nach den statistischen Erhebungen von Roeder (36) 1476 Fälle von Eihautretentionen, d. h. in 10,55 % aller Fälle waren Eihäute retiniert. Von 1307 Fällen verliefen bei konservativer Behandlung febril 13,46 %, bei post partum ausgeräumten Fällen 20%; bei wegen Fiebers im Wochenbett ausgeräumten Fällen 78 %. Die Sterblichkeit bei aktiver Behandlung war 15 ½ mal grösser als bei konservativer. Deshalb fort mit jeder intrauterinen Therapie bei Eihautretentionen. Die einzige Indikation zum Eingriff wäre eine bedrohliche Blutung, die aber infolge einer Eihautverhaltung allein nur sehr selten vorkommt. Die Hauptsache ist die Prophylaxe, keine Übereilung mit der Lösung der Plazenta!

Fedorow (14). Nach 13 Monate langer Verhaltung der Regeln wurde ein ovales, rötlichgraues, übelriechendes Fruchtei von 4,7 cm Länge ausgestossen. Aus dem mikroskopischen Untersuchungsbefund sei hervorgehoben: Thrombose der intervillösen Räume, mit ausgeprägten regressiven Veränderungen. Viele Zotten sind des Epithels beraubt, gefässarm; das Stroma ist hyalin degeneriert. Die intervillösen Räume sind fast ganz eingenommen von kompakten Fibrinmassen, nur vereinzelt trifft man kleinmaschiges Fibrin mit eingelagerten Erythrozyten. Um einige Zotten herum sieht man Gruppen von gut erhaltenen Epithelzellen; zwischen ihnen finden sich Zellen mit Vakuolenbildung und nekrotisierte Zellen. Das Syncytium ist an den wenigen erhaltenen Zotten wenig verändert (es ist nur dünner und enthält wenig Kerne). An anderen Stellen sind die Veränderungen stärker ausgeprägt; fast völlige Nekrose der Zotten, Nekrose der Epithelzellen, völliges Sistieren der Blutzirkulation. Schliesslich noch an anderen Stellen hat die Degeneration und der Gewebstod seinen Höhepunkt erreicht (nirgends Spuren von Zellen oder Kernen, homogene Massen, in denen die nekrotischen Zotten vom hyalin degenerierten Fibrin kaum zu unterscheiden sind, hie und da Kalkklumpen). Die anatomische Untersuchung des Fruchteies gibt keinen Aufschluss über die Ursache des Fruchttodes. Der Prozess des Absterbens ging vom Zentrum zur Peripherie, weswegen die Annahme berechtigt ist, dass das Primäre im Fruchttode zu suchen ist, und nicht im Absterben der Eihäute. Im Laufe von 13 Monaten war das Ei in fester Verbindung mit dem Uterus, was zum Teil die lange Verhaltung erklärt. Die menstruellen Kongestionen waren schwach ausgeprägt, was auch zum Verweilen des Eies im Uterus beitrug. Verf. spricht sich zum Schluss zugunsten der abwartenden Therapie bei missed abortion aus. (H. Jentter.)

Vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft, abnorm lange Dauer derselben, künstlicher Abortus, Frühgeburt.

1. Adde, Vaginale Hysterektomie bei infizierten Aborten. Thèse de Lyon. Dec. 1911. (19 Fälle mit 5 Todesfällen.)
2. Asch, Darmprolaps bei inkomplettem Abort. Breslauer med. Verein. Oktober 1911. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 7. (Die Pat., bei der ein Arzt wegen drei Monate lang dauernder Blutungen einen fünf Monate schwangeren Uterus durch digitale Erweiterung des Muttermundes ausräumen wollte, wurde mit 35,6° C. und 140 Pulsschlägen und einem aus der Vulva heraushängenden grossen Darmkonvolut eingeliefert. Die sofort vorgenommene Laparotomie zeigte im Fundus uteri ein Loch, zu welchem das linke Bein des Föt in die Bauchhöhle hineinragte und zwei Darmschlingen durch dieses und den Muttermund hindurch nach aussen verliefen. Unterbindung der Darmschlingen, Abtrennung mit dem Paquelin, die Enden wurden blindsackartig geschlossen, darauf wurde die seitliche Anastomose gemacht und schliesslich die abgetrennten Enden, ebenso wie die Frucht nach unten durch die Vagina entfernt. Das Loch im Uterus wurde genäht, keine Drainage, sondern Eingiessen einiger ccm 10% Kampferöls. Die abgerissenen Darmschlingen massen 3,10 m. Pat. genass und kann mit diesem Minus an Dünndarm gut existieren; auf der inneren Station des Instituts wurden sehr zufriedenstellende Stoffwechselversuche angestellt.)
3. Baumbach, Karl, Cervixrisse bei Uterus bicornis bei künstlichem Abort und bei Geburten. Inaug.-Diss. Berlin. Februar.
4. Baux et Roque, Fatal Poisoning mercurial after abortion. Rev. mens. de gyn. Nr. 1. Ref. The brit. med. journ. June 1. (Eine Frau brachte sich Sublimat von unbekannter Zusammensetzung in die Cervix, noch am selbigen Abend erfolgte der Abort, eine Hebamme macht am nächsten Tage zwei heisse Vaginalduschen mit Sublimatlösung 0,25:1000. In wenigen Tagen starb die Pat. an allen Erscheinungen der Sublimatvergiftung. Verf. glaubt, dass weniger die Einführung der Sublimatinjektion in die Cervix bei intaktem Ei die Vergiftung gemacht hat als vielmehr die Spülung am nächsten Tage, durch die von der grossen Resorptionsfläche der Plazentarstelle aus eine allgemeine Vergiftung stattgefunden hat. Er warnt vor Sublimatspülungen auch im Wochenbett.)

5. Brodsky, Der künstliche Abort vom medizinischen und sozial-ökonomischen Standpunkte. Wratsch. Gaz. Nr. 19. Sitzungsb. der Gesellsch. russ. Ärzte zu Moskau. (H. Jentter.)
6. Brósz, Sándor, Magzatuzés sublimattal. Aus der Sitzung des kgl. Ärzte-Vereins am 30. März; ref. Orvosi Hetilap. Nr. 25. (Bericht über 2 Fälle von Fruchtabtreibung durch intrauterine und vaginale Sublimat-Applikation; ein Fall verlief letal.) (Temesváry.)
7. *Brun, Arturo, Der Kampf gegen die kriminelle Fruchtabtreibung, Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22.
8. Bylicki, Über künstlichen Abort aus medizinischer Anzeige. p. 361—370. Verh. d. gynäkol. Sekt. d. XI. Vers. poln. Ärzte Krakau 1911. cf. Kap. I. Verhandlungen.
9. Clivio I., Aborto e sue cause (conferenza). Der Abort und seine Ursachen (Vortrag). Arte Ostetrica. Milano. Anno XXVI. p. 241. (Artom di Sant' Agnese.)
10. *Dietel, Behandlung zurückgebliebener Plazentar- und Eihautreste und Behandlung des fieberhaften Abortes. Zwickauer med. Ges. 7. V. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 45.
11. — Behandlung des fieberhaften Abortes und zurückgebliebener Plazentar- und Eihautreste. Zwickauer med. Ges. 11. VI. Ref. Deutsche med. Wochenschr, Nr. 50. (Diskussion: Peuckert ist ebenfalls der Ansicht, dass wenigstens vorläufig der fieberhafte Abort aktiv zu behandeln sei, er hält die digitale Ausräumung für sicherer und schonender als die instrumentelle. Im besonderen weist er auf die Möglichkeit der Perforation des Uterus mit Instrumenten hin. Herbrand ist ebenfalls Anhänger der aktiven Behandlung, er bevorzugt die breite Curette, da sie schonender ist als die manuelle Ausräumung. Spülungen unterlässt er, legt aber häufig zum Schluss noch einen Jodoformstreifen ein. Thon bevorzugt die manuelle Ausräumung und achtet die Gefahr der Quetschung für gering, da gegen die weitere Infektion schon durch die entzündlichen Wucherungen im Uterus ein Schutzwall gebildet sei.)
12. Ehrenberg, Grete, Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate. (3 Fälle.) Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41.
13. *Fabre et Renther, Les avortements à la clinique obstétricale en 1911. Bull. de la société d'obst. et de gyn. Février. 113.
14. — — A propos d'une observation d'auto-avortement. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nov. 8. 922. (Verf. berichten über einen innerhalb von 4 Tagen ad exitum gekommenen Fall von Abtreibung. Bei dieser Gelegenheit war eine Abtreiberin gefasst und ins Gefängnis gebracht worden. 6 Wochen später wurde diese Frau eingeliefert ins Hospital und hatte sich zum 7. Male selbst abgetrieben. Die Krankengeschichte der ersten gestorbenen Frau und die Verhaftung der Abtreiberin wurden in einer Tageszeitung veröffentlicht. Es kam trotzdem zur Freisprechung der Abtreiberin.)
15. Fleischhauer, Das kriminelle Abortmaterial der Kieler Frauenklinik. Med. Ges. zu Kiel. 30. Nov. 1911. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 8. (Von 120, seit 1. Januar 1911 in die Kieler Frauenklinik eingelieferten Aborten waren 21 hochfiebernd. Von diesen konzedierten 6 ein Verbrechen, ausserdem 5 Fälle mit Abtreibungsverletzungen, bei denen es nicht zum Abort kam. In Kiel sind 90% der septischen Aborte kriminell. Das übliche Abtreibungsmittel ist die intrauterine Seifenwasserinjektion. Therapeutisch wird bei kriminellen Aborten eine möglichst konservative Therapie im Winterschen Sinne empfohlen. Auffallend ist, wie selten selbst grosse eitrige Exsudate nach perforierenden Scheidenverletzungen zum Abort führen. Stöckel berichtet, dass man die gerichtliche Sektion ohne Verletzung des Berufsgeheimnisses dadurch erzwingen kann, dass man die Ausstellung des Totenscheins ablehnt.)
16. *Häberle, A., Zur Behandlung des infizierten Abortes. Münch. med. Wochenschr. Nr. 14. (Unter den 98 fieberhaften Aborten, die aktiv behandelt wurden, hatte Häberle (Klinik Hofmeier) 5 Todesfälle, 5% Mortalität. Bei den 93 zur Entlassung gekommenen Pat. traten nur in 3 Fällen Komplikationen auf, die in Zusammenhang mit dem infizierten Abort gebracht werden können, einmal eine Pyosalpinx, 1 parametritisches Exsudat, eine Thrombophlebitis. Die Entfieberung erfolgte durchschnittlich schnell, in der Hälfte der Fälle folgte eine absolut fieberlose Rekonvaleszenz. In 31 Fällen trat nach 1—3 Tagen vollkommene normale Temperatur ein, in 11 Fällen schloss sich ein 4—8 tägiges leichtes Fieber an, in 3 Fällen ein mehr-

tägiges hohes Fieber ohne jede bedrohliche Allgemeinerscheinungen. Die Entlassung erfolgte in durchschnittlich 10 Tagen.)

17. *Herrgott, A., Quelques considérations sur les avortements à la maternité de Nancy, de 1907—1912. Bullet. de la soc. d'obst. et de gyn. 565—572.

18. *Hirsch, Max, Der Kampf gegen die kriminelle Fruchtabtreibung. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30.

19. *— Fruchtabtreibungsversuche bei extrauterinem Sitz der Schwangerschaft. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 40. (Bericht über 4 Fälle.)

20. Holzbach, Ernst, Darf dem praktischen Arzt eine Behandlung des fiebernden Aborts nach bakteriologischen Gesichtspunkten schon heute zugemutet werden? Münch. med. Wochenschr. Nr. 7. (Wendet sich dagegen, dass der praktische Arzt nach den Vorschlägen Winters handeln soll, da diese noch so wenig wissenschaftlich geklärt sind.)

21. *Houck, E. O., Treatement of septic abortion. Cleveland med. journ. March. XI. Nr. 3. Ref. Journ. of amer. med. assoc. April 27.

22. Jacoby, Zur Behandlung des fieberhaften Abortes. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 36.

23. Jakobson, Der Abort vom sozialen und medizinischen Standpunkte. Journ. akusch. i shensk. boles. März. (Die Zahl der Aborte wächst progressiv; so das der Prozentsatz der Aborte jetzt 10 mal so gross ist als vor 17 Jahren. Dieses rapide Ansteigen der Aborte spricht für Verbreitung der kriminellen Fruchtabtreibung, denn ¾ aller Aborte sind künstlich und kriminell. Die Sterblichkeit nach Abort ist 7—10 mal so gross, als nach der Geburt. Die Morbidität ist 2½ mal so gross wie nach der Geburt, wobei in einem ¼ der Fälle die Erkrankung ein langes Krankenlager und dauernde Arbeitsunfähigkeit nach sich zieht. Strafmassregeln, sogar die strengsten (England), sind machtlos die Zahl der Aborte zu verringern. Man muss die Frauen über alle Gefahren und Folgen des artifiziellen Abortes aufklären.) (H. Jentter.)

24. Job, Gangrène utérine traumatique d'origine abortive. Bull. de la soc. d'obst. et de la gyn. de Paris etc. April. (Eine Schwangere hatte sich selbst eine Abtreibespritze in den Uterus eingeführt und eine Injektion mit Essigwasser ausgeführt, danach Gangrän des Uterus an zwei Stellen, im weiteren Verlauf der unter dem Bilde der Peritonitis einhergehenden Erkrankung, nach Ausräumung des Uterus. Tod an schwerer Sepsis. Diskussion: Michel berichtet über einen Fall von Spontanheilung einer Uterusperforation durch Verkleben einer Dünndarmschlinge mit der Perforationsstelle. Herrgott tritt für baldigste Explorativlaparotomie in solchen zweifelhaften Fällen ein. Vautrin beobachtete nach einem Abtreibemanöver einen Abszess in der Uteruswand, Heilung, Weiss beobachtete eine Totalgangrän des Uterus nach Injektion mit van Swietenscher Flüssigkeit, trotz sofortiger Totalexstirpation. Exitus. Remy. Gross.)

24a. Josephson, Frau und Mutter. St. Petersburg. (H. Jentter.)

25. Jung, Paul, Abortversuche bei fehlender Schwangerschaft und Tubargravidität. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31. (2 Fälle bei fehlender Schwangerschaft. I. Fall: Injektion von Flüssigkeit durch einen Arzt in den Uterus, perimetritisches Exsudat. II. Fall: Injektion von Seifenlösung, Perforation der Blase bis zum Cökum, Exitus. III. Fall. Abtreibungsversuch bei Tubargravidität. Exitus an septischer Peritonitis.)

26. Klauber, Oskar, Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate uteri. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11. (Bei einer verheirateten Frau waren 9 Wochen die Menses ausgeblieben. Plötzlicher Kollaps. Einlieferung, linke Seite des Leibes schmerzhaft. Im Douglas ein teigiger schmerzhafter Tumor. Diagnose Extrauteringravidität. Laparotomie. In der Bauchhöhle blutig-seröse Flüssigkeiten. Am vergrösserten Uterus rückwärtige Serosa blutig flächenhaft suffundiert, Lig. lat. verdickt, an ihm breit aufsitzend die linken Adnexe, die zu einem Tumor verwandelt und bläulich verfärbt sind. Tubarabort, die Schleimhaut war in blutig suffundiertes zottiges Gewebe verwandelt. Tamponade. Die Frau hatte dem anderen Arzt gestanden, dass sie sich mit einer Spritze mit langem Ansatz eine Sublimatlösung in den Uterus eingespritzt hatte, wonach der Kollaps eingetreten sei. Nach der Operation Harnverhaltung, beim Katheterisieren war die Blase leer. Relaparotomie, in der Bauchhöhle wieder viel blutig-seröse Flüssigkeit, Blase dabei kontinent. Aus den Tampons entleerte sich urinöse Flüssigkeit. Exitus. Bei der Sektion fand sich eine Zerreissung des linken Ureters in der Mitte des Lig. lat., das parametrane Gewebe bis zur Beckenwand hin blutig zerwühlt, Suffusionen um den Ureterstumpf,

Blut bis in die Nierenkelche, am Uterus eitrige Pfröpfe links. Schliesslich im Douglas eine talergrosse nekrotische Fläche, die mit einem Nekrosedefekt des Rektum kommunizierte. Daneben fand sich eine schwere Nierenveränderung rechts, so dass eigentlich nur noch die linke Niere funktionsfähig gewesen wäre.)

26a. Kusmin, Zur Abortfrage. Journal akusch i shensk. boles. April. (Statistische Bearbeitung des Abortmateriales des Gouvernements Ssaratow.) (H. Jentter.)

27. Landau, J. und Piltz, J., Über psychiatrische Anzeigen zum künstlichen Abort. Przeglad Lekarski. Nr. 22—31. Polnisch. (Die sehr spezielle Arbeit muss im Original eingesehen werden. In der letzten Nummer sind die 11 Schlussfolgerungen der Verff. geschildert.) (v. Neugebauer.)

28. — Über Anzeigen zum künstlichen Abort aus dem Gebiete der Psychiatrie. S. 400 bis 457. Verh. d. Gynäkol. Sekt. d. XI. Vers. poln. Ärzte. Krakau. 1911. cf. Kap. I. Verhandlungen.

29. *Lindsay, John, Abortion with dwarf embryos. The journ. of obst. and Gyn. of the Brit. Emp. April.

30. Le Lorier, Dujarrier et Le Cointe, Introduction involontaire (?) d'un corps étranger dans la cavité utérine au début d'une grossesse, continuation de la grossesse jusqu'au 5. mois. Expulsion d'un oeuf complet, puis du corps étranger. Post partum normal. (Eine 22jährige IIpara hatte sich einen vom Arzt zur Behandlung einer chronischen Metritis eingeführten Tampon mit einer Haarnadel entfernen wollen (angeblich). Die Haarnadel war dabei in der Uterushöhle verschwunden. Es kam zu einer geringen Blutung. Die Untersuchung ergab eine Gravidität im 4. Monat. Das Röntgenbild liess deutlich die im Uterus befindliche, zu einem Haken gekrümmte Nadel erkennen. Durch 22tägige Bettruhe kam die Blutung und auch der leicht zu Wehen neigende Uterus wieder zum Stillstand. 5 Monate nach Einführung der Nadel wurde in toto das Ei mit lebendem Föt ausgestossen, am Ei war keine Verletzung nachzuweisen. Nach der Ausstossung des Eies folgte die Haarnadel. Fieberfreie Rekonvaleszenz.) Bullet. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris, Nov. Nr. 8.

31. *Meyer, E., Zur Frage des künstlichen Abortes bei psychischen Störungen. Münch. med. Woch. 51.

32. Miesowicz, Erwin, Über Anzeigen zum künstlichen Abort vom Standpunkte des Internisten aus p. 371—399. Verh. d. Gynäkol. Sekt. d. XI. Vers. poln. Ärzte. Krakau 1911. cf. Kap. I. Verhandlungen.

33. — Schwangerschaftsunterbrechung aus internen Indikationen. Przegl. lekarski Nr. 16. (Die Entscheidung darf erst nach Beratung mehrerer Ärzte getroffen werden.)

34. — Über die Indikationen zur Unterbrechung der Schwangerschaft vom Standpunkte der inneren Medizin aus. Przeglad Lekarski. Nr. 16. p. 299. (Nach einer historischen Einleitung sichtet Miesowicz die Anzeigen bei Tuberkulose der Lungen, des Kehlkopfes, Herzfehlern, Nierenkrankheiten, Diabetes, perniziöser Anämie und Hyperemesis gravidarum.) (v. Neugebauer.)

35. Neugebauer, Fr. v., Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate. Zentr.-Blatt f. Gyn. Nr. 4. (Zusammenstellung der bisher in der Literatur veröffentlichten 15 Fälle von Versuchen der Abtreibung bei fehlender Schwangerschaft. 5 Todesfälle.)

36. — Tentamen abortus provocandi aut deficiente graviditate uterina aut praesente extrauterina p. 476—485. Verh. d. Gynäkol. Sekt. d. XI. Vers. poln. Ärzte. Krakau 1911. cf. Kap. I. Verhandlungen.

37. *Oehmann, K. H., Über Infektion und Intoxikation als Ursache des Abortes. Arbeiten a. d. geb.-gyn. Universitätsklinik in Helsingfors. H. 13.

38. *Patek, Zur Behandlung der Fehlgeburten. Arch. f. Gyn. Bd. 98. p. 8.

39. Mc Pherson, The radical treatment of abortion with observations on and an analysis of 3500 cases. Journ. of amer. med. assoc. 31. August. 709. (Unter seinen 3500 Fällen hatte Pherson 16,5% Erstgebärende — annähernd eine Erstgebärende auf je 6 Abortierende. Unter den 3500 Fällen waren ausserhalb der Anstalt Abortierende 1781, der Rest in der Anstalt behandelter barg mehr kriminelle Aborte und Komplikationen; unter den letzteren waren 25% Iparae. 35% kriminelle Aborte fanden sich bei den Iparae in Hospitalbehandlung, und nur 16% unter den ausserhalb behandelten, 1320 Aborte fanden sich zwischen der 6. und 12. Woche, 1220 in den hiernach folgenden 3 Monaten und 800 in den ersten 6 Wochen der

Gravidität. Die wenigsten Aborte kommen in den ersten 6 Wochen vor, 60.5% sämtlicher Aborte kommen in den ersten 3 Monaten vor. Die langsamere Austreibung des Eies und der Plazenta in den ersten Monaten ist bedingt durch die weniger starken Kontraktionen des Uterus. Die Gesamtmortalität betrug 1,8%, die der Hospitalfälle 3,6%. Es waren eingeleitet Aborte darunter 2,11%, im Hospital alllein 4,07%, unter den Hospitalfällen waren unter den kriminellen Aborten 6,3% Todesfälle, die übrigen Todesfälle ereigneten sich aus den verschiedensten Ursachen. Es kommen im allgemeinen mehr Aborte vor als man annimmt und die Folgen sind oft sehr ernst. Selten ist ein Abort vollständig, nur in 13,7% konnte dies angenommen werden. Alle Aborte sollen untersucht und die Uterushöhle exploriert werden. Die Mortalität aller Fälle betrug hier 1,8%, in den gewöhnlichen Fällen sogar nur 0,16%. 9% gute Resultate waren zu verzeichnen bei der Behandlung mit Ausschabung vermittelst grosser Curetten, Ausstopfen und Ausreiben des Uterus mit Jodoformgaze und Jodtinktur und Drainage mit einem Jodoformstreifen.)

40. Piroshkowa, Zur Abortfrage. Journal akusch. i shensk. bol. April. (Statistische Bearbeitung des Abortmaterials der Stadthospitäler und Gebäranstalten zu Moskau. Überall wird ein ständiges Ansteigen der Abortezahl beobachtet. In der Ätiologie dieser Erscheinung spielen folgende Momente die wesentlichste Rolle: die ökonomische Krisis (seit 1906 ist das Leben in Moskau um 10—15% teurer geworden), die Fortschritte der Anti- resp. Aseptik, Fallen der Sittlichkeit (Literatur), die Schwierigkeiten der „recherche de la paternité" in Russland, die gesteigerte Indolenz der modernen Frau Geburtsschmerzen gegenüber. Der einzige Ausweg ist der, dass der Frau Freiheit gegeben werde, schwanger zu werden, wann sie will. Dazu sollen die Ärzte ihr verhelfen.) (H. Jentter.)

41. *Plauchu, Deux cas de perforation utérine post-abortive. Bulletin de la soc. d'obst. et gyn. Février. Nr. 2. In dem einen Falle fand sich eine 1½ cm lange, 3 mm breite Perforation, in dem anderen eine vier Finger breite gangränöse Perforation im Uterusfundus, beide starben an schwerster Peritonitis. Im ersten Falle war manuell nach der Einlieferung in Hospital ausgeräumt, im 2. Falle eine Douglasinzision und Drainage ausgeführt.)

32. Popow, P. A., Zur Abortstatistik. Verhdl. d. IV. russ. Gyn. Kongr. (Statistische Bearbeitung eines Materiales von 1330 Aborten.) (H. Jentter.)

43. Puppe, Die gerichtsärztliche Beurteilung instrumenteller Uterusperforationen. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. 29. VI. Ber. Deutsche med. Woch. Nr. 48.

44. Puppel, Ernst, Die Therapie der Plazentarverhaltung des fieberhaften Abortes. Sammelreferat. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. 470—478.

45. *Rotter, Heinrich, Von der sozialen Indikation des künstlichen Abortes. Gyn. Rundsch. VI. 5. Ref. Münch. med. Woch. 12.

46. Rühl, W., Über Uterusperforationen bei Ausräumung von Aborten und Vorschläge zu deren Verhütung. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. S. 637.

47. *Schmidt, O., 692 Fälle von Fehlgeburten. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. H. 5.

48. Sigwart, W., Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16. (2 Fälle, bei denen ein Griffel, resp. das Hartgummiansatzstück einer Uterusspritze aus dem nichtschwangeren Uterus entfernt wurden. Beide waren unter Leitung eines Spiegels, in dem die Pat. vorgehalten ihre Portio erkennen konnte, eingeführt oder unter Leitung des Fingers von der Pat. selbst. Ein Fall, bei dem ein links neben dem Uterus gelegenes Exsudat nur durch abtreiberische Manipulationen veranlasst sein konnte; ein weiterer ähnlicher Fall bei einer 36jähr. Mehrgebärenden. Exitus nach breiter Inzision des Exsudates. Ein Fall mit einem grossen Exsudat links und vorn zwischen Uterus und Blase bei einem 20jährigen Mädchen. Ein Fall mit einem zweifaustgrossen Exsudat zwischen Uterus und Mastdarm nach Einlegen eines beinernen Intrauterinpessars durch eine Masseuse. In einem letzten Falle war von einer Person zur Unterbrechung einer vermeintlichen Gravidität der Uterus sondiert und dann eine Lysollösung eingespritzt. Danach Blutungen, nach 3 Tagen Zuziehung eines Arztes, der den nach Angaben der Frau im 2. Monat graviden Uterus dilatierte und mit der Abortzange, ohne vorher auszutasten, den Darm durch die Perforationsöffnung vorzog. Laparotomie, Naht der Uteruswunde und Resektion eines 60 cm langen Dünndarmabschnittes. Überdeckung der Uterusperforation nach Anlagerung an die vordere Bauchwand mit Peritoneum. Drainage, Heilung.)

49. Sippel, Albert, Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 44. (47 jähr. Frau manipulierte in dem Gedanken, schwanger zu sein, mit einer Stricknadel in den Genitalien herum, da hiernach etwas Blutabgang, aber nicht der ersehnte Abort eintrat, führte sie einige Tage später ein langes spitzes Gummiansatzrohr in den Uterus ein und liess von ihrem Mann mit aller Gewalt Essig einspritzen. Nach 2 Tagen wurde die Prozedur noch einmal wiederholt. Pat. erkrankte dann mit heftigem Schüttelfrost, Fieber etc. 8 Tage nach dem Abtreibungsversuch mit der Stricknadel und 3 Tage nach der zweiten Essigeinspritzung allgemeine diffuse Peritonitis. Inzision des Abdomens in der Mittellinie, Lösung der Darmschlingen und Entleerung der dazwischen vorhandenen Eiteransammlungen, reichliche Kochsalzspülungen und Drainage. Nach 4 Wochen letzte Drains gezogen, Heilung. Abtreibung bei nicht vorhandener Schwangerschaft.)

50. *Stöckel, Totalexstirpation eines instrumentell perforierten Uterus nach kriminellem Abort. Med. Ges. zu Kiel. 25. Juli. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 46. (II. Gebärende mit heftiger Abortblutung wird vom Arzt versucht auszuräumen. Mit der Abortzange fasst er etwas, das mehr einer Darm- oder Zystenwand gleicht. Einlieferung in die Klinik. Hier wird an der hinteren Cervixwand bei noch geschlossenem innerem Muttermund eine für 2 Finger durchgängige und in die Peritonealhöhle führende Perforationsöffnung mit zerfetzten Rändern gefunden. Laparotomie, Entfernung des Uterus abdominal. Mehrere Sugillationen im Mesenterium, am Darm keine Verletzungen, der Dünndarm ist auf etwa 20 cm mit einer dunkelroten Masse — offenbar Blut — angefüllt. Völliger Schluss des Peritoneums nach der Scheide, völliger Schluss der Laparotomiewunde. Tampon in die Vagina und den subperitonealen Raum oberhalb der Vagina. Die Tupferprobe während der Laparotomie ergibt in der Züchtung Reinkultur von Bact. coli. Leichte peritonitische Erscheinungen, die aber am 5. Tage abgeklungen sind. Primäre Heilung der Bauchwunde bis auf einen kleinen Koliabszess im unteren Wundwinkel. Nach den Angaben der Pat. ergab sich zunächst, dass der Arzt den Uterus perforiert hatte. Bei näherem Nachforschen aber, dass die Pat. selbst einen kriminellen Abortversuch gemacht und beim Einführen der bekannten Spritze einen sehr heftigen Schmerz im Leib gefühlt hatte, so dass sie weitere Versuche unterliess. Es ist also so gut wie sicher, dass die Perforation nicht durch den Arzt, sondern durch die Pat. gemacht ist. Also Vorsicht bei der Anamnese!)

51. Thomä, Fr., Abtreibungsversuch bei fehlender Schwangerschaft. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43. (Subperitoneale Durchbohrung der Cervix ins hintere Douglasperitoneum und Einblasen von Kali-Alaunpulver durch Uterushöhle und Tuben in die Bauchhöhle vermittelst eines Instrumentes „Picardillyspritze", das der Ehemann, ein Fabrikarbeiter, von einem anderen Arbeiter, der diese Abtreibungsmittel gewerbsmässig vertrieb, in der Fabrik erworben hatte. Der Fall zeigt, wie weit auch in der arbeitenden Bevölkerung die Kenntnis dieser Mittel verbreitet ist, und dass im Kampfe gegen die Fruchtabtreibung nur systematische öffentliche Belehrung über die Gefährlichkeit dieser Mittel — ähnlich wie im Kampfe gegen den Uteruskrebs — von Nutzen sein kann. Bei der Laparotomie: Starke Rötung der Tuben und des Douglas; Spülung mit Kochsalz und Entfernung der weisslichen Massen. Heilung.)

52. *Thorn, Zur Therapie retinierter Eihäute. Der Frauenarzt. 3. p. 98.

53. *Titus, A statistical study of a series of abortions occuring in the obstetrical departement of the Johns Hopkins hospital. The amer. journ. of obst. p. 960.

54. Traube, Judith, Über die Perforation des Uterus mit der Kornzange bei Aborten. Inaug.-Diss. Berlin. Oktober.

55. Tschubinsky, Die Frage über den Abort im modernen Recht und die erwünschte Lösung derselben. Journ. akusch. i shensh. bol. April. (H, Jentter.)

56. *Wallich, De l'avortement précoce. La Gynécologie. Okt. p. 630.

57. Witt, Kasuistischer Beitrag zur instrumentellen Perforation des abortierenden Uterus. Gyn. Rundschau. H. 5—6. (2 Fälle. Bei einfachen Perforationen ohne Verletzung des Intestinums empfiehlt Verf. konservative Therapie, sonst immer Laparotomie, ev. mit Uterusexstirpation, wenn der Uterusinhalt septisch erscheint.)

58. Wygodsky, Der künstliche Abort vom sozialen und ärztlichen Standpunkte. Wratscheb. Gaz. Nr. 5. Sitz. der Mediz. Ges. zu Wilna. (In Wilna sind nicht weniger wie 75% aller Aborte kriminellen Ursprungs. Dieses Ansteigen des Aborts hat seinen Grund in der Vervollkommnung der Abtreiber in Technik und Asepsis,

und in dem Fallen des Honorars für die Fruchtabtreibung. Die Indikationsgrenzen zur Einleitung des Abortus haben sich in den letzten 15 Jahren bedeutend erweitert. Bei der Indikationsstellung sind nicht nur wissenschaftliche Gründe, sondern auch die soziale Lage der Pat. zu berücksichtigen. Sowohl bei Lungentuberkulose, als auch bei Krankheiten des Herzens (sonderlich bei Insuffizienz des Myokards) muss dem künstlichen Abort ein weiteres Feld eingeräumt werden. Bei chronischer Nephritis und bei Schwangerschaftsnephritis wird selten der Abort nötig werden, wenn nur rechtzeitig eine entsprechende Behandlung eingeleitet wird. Ebenso sehr selten werden Geistes- und Nervenkrankheiten die Indikation abgeben. Der Neomalthusianismus muss gebilligt werden, insofern er zur Einschränkung des künstlichen Abortes führt.) (H. Jentter.)

59. Wygodsky, Der künstliche Abort vom medizinischen und sozialen Standpunkt aus betrachtet. Ärztliche Gesellschaft in Wilno. Przeglad Lekarski Nr. 10. S. 182. (Allgemeine Bemerkungen mit nachfolgender Diskussion.) (Polnisch.) (v. Neugebauer.)

60. Zur-Mühlen, Habitueller Abort und habituelle Frühgeburt. Russki Wratsch. Nr. 38. (Verf. gibt die Krankengeschichten von 8 Fällen, in denen die Ursache der habituellen Schwangerschaftsunterbrechung unbekannt war. Mit Ausnahme eines Falles, in dem der Wassermann positiv war, konnte in den anderen Lues der Mutter und des Vaters ausgeschlossen werden. Bei 2 waren Spuren von Eiweiss im Harn, alle anderen hatten gesunde Nieren. Bei 6 Pat. hat eine systematisch durchgeführte Jodkalibehandlung im Verlaufe der ganzen Schwangerschaft Erfolg gehabt: alle gebaren reife und gesunde Kinder. In einem Falle, mit negativem Wassermannn, war die Jodbehandlung ohne Erfolg. Verf. meint, dass in der Mehrzahl der Fälle von habitueller Fehl- oder Frühgeburt mit toten Früchten eine systematische Jodkalibehandlung die Geburt eines lebenden Kindes zur Folge haben kann.) (H. Jentter.)

61. Zacharias, Uterusperforation mit Darmvorfall. Fränk. Ges. f. Geb. u. Gyn. 11. Nov. 1911. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 1. (Im Anschluss an eine künstliche Abortausführung wurde von einem Arzt mit einer Abortzange der Uterus perforiert und ein Stück Dünndarm in die Vagina vorgezogen. Laparotomie, Resektion von 42 cm Darm, Naht des Uterus, Injektion von 50 ccm Kampferöl in die Bauchhöhle. Danach auffallende Pulsverlangsamung, frühzeitiger Abgang von Blähungen, Durchfälle, absolute Schmerzlosigkeit im Operationsgebiet, alle diese Erscheinungen werden auf die Kampferölinjektion bezogen.)

Im Kampf gegen die kriminelle Fruchtabtreibung schlägt Brun (7) vor, in erster Linie durch Verbreitung von Flugblättern das Publikum über die Gefahren und die gerichtlichen Strafen des kriminellen Abortes aufzuklären, sodann den Hebammenstand zu heben und vor minderwertigen Individuen zu bewahren, weniger Hebammen und bessere Stellung der Bezirkshebammen, drittens schärfere Indikationen von seiten der Ärzte und energischeres Eintreten der Ärzte für die Schwangerschaft verhütenden Präventivmassregeln.

Rotter (45) hält es für unrichtig, dass unsere Gesetzgebung dem Föt während des intrauterinen Lebens bloss vom strafgesetzlichen Standpunkte aus ihren Schutz angedeihen lässt und im Privatrechte erst nach Abtrennung der Nabelschnur zugesteht Im übrigen tritt er den von verschiedenen Seiten aufgestellten Forderungen entgegen, unter gewissen sozialen Bedingungen die Abtreibung straffrei ausgehen zu lassen. Der Arzt darf seines Erachtens niemals die soziale Indikation des künstlichen Abortes oder der Fruchtabtreibung anerkennen. Die Einschränkung der Befruchtung ist ein unbedingt zu respektierendes Vorrecht des Menschen, wenn auch absolut kein so absolutes Recht als jenes, das der Fötus hat, zu leben.

Lindsay (29) untersuchte 5 verkümmerte Embryonen der ersten 2 Monate mikroskopisch in Serienschnitten. Er fand dabei die merkwürdigen Erscheinungen, dass das Ektoderm gewöhnlich leidlich in seiner Zellstruktur erhalten war. Es fanden sich viel Zeichen der Hyperchromatose und Karyorrhexis nicht nur bei Zellen, die eine gute Konservierung aufwiesen, sondern auch in Gebieten mit deutlicher Nekrobiose. An den meisten Präparaten war eine deutliche Rundzellen-

wucherung in den zentraleren Partien nachzuweisen, dieselbe erstreckte sich an einzelnen Präparaten vor allem in den Canalis neurentericus hinein, Es geht also mit dem Untergang der zentraleren Teile Hand in Hand ein Durchwuchern dieser Schichten mit Rundzellen. Wodurch diese Erscheinungen bedingt werden, lässt sich mit Sicherheit nicht sagen, doch ist anzunehmen, dass hierbei die Zusammensetzung der mütterlichen Lymphe eine Rolle spielt. In zwei Fällen fand sich bei der Mutter Albuminurie in der Schwangerschaft, in einem stillte die Mutter noch während der Gravidität, so dass vielleicht hier der erhöhte Gehalt des Blutes an Zucker, wie auch in Fällen mit Glykosurie für das Absterben der Föten verantwortlich zu machen ist.

Nach den Untersuchungen von Wallich (56) findet man beim frühzeitigen Abort im ersten Monat histologisch eine sehr ausgesprochene blutige Infiltration der Schleimhaut und eine sehr verschiedene deciduale Reaktion, die von der Lebensfähigkeit und Entwickelung des Eies abhängig ist. Die Deciduazellen sind meist spärlich oder sehr klein, daneben finden sich sehr lebhaft gefärbte kleine Zellen, die einen Wall gegen das Eindringen der Deciduaelemente bilden. Die Ausstossung einer Decidua oder von Zelltrümmern erfordert Asepsis des Geburtskanales oder Ausschabung bei nicht nachlassender Blutung. Zur Verhütung derartiger infiltrierender hämorrhagischer Veränderungen in der Schleimhaut ist die Vermeidung jeglicher sexuellen Aufregung in der Woche vor Eintritt der Menstruation erforderlich.

Von allen Geisteskrankheiten können für die Frage des künstlichen Abortes nur die Depressionszustände der Psychopathen ernstere Erwägungen in Anspruch nehmen, E. Meyer (31). Hier ist bei vorhandener psychopathischer Disposition das Hinzutreten des äusseren Reizes das ausschlaggebende Moment, das die psychische Störung entstehen lässt. Der Gedankeninhalt wird ausschliesslich beherrscht von stark affektbetonten Ideen, die an die Schwangerschaft und ihre Folgen anschliessen (Schwangerschaftskomplex). Es sind vorzüglich Gedanken der Abneigung gegen kleine Kinder, speziell gegen das zu erwartende eigene, das sie nie lieben können würden, ja hassen müssten, Befürchtungen, dem Manne und aller Welt verhasst und zur Last zu werden etc. Diese krankhaften Vorstellungen steigern sich bis zu Selbstmordideen und -versuchen.

In solchen Fällen bringt der künstliche Abort sofortige Lösung und Hilfe, während das Unheil unabsehbar ist, wenn man der Gravidität ihren Lauf lässt.

Oehmann (37) publiziert Untersuchungen über die Ursache von 471 in den Jahren 1905—1909 beobachteten Aborten. Davon sind nur in 10,01 % die Ursachen mit Sicherheit festgestellt worden: Pneumonie, Tuberkulose, Influenza, Lues, Endometritis chron., Retroflexio uteri, Adnexitis, Nephritis, Myoma. In 89,29 % hat es sich um Lues, Gonorrhoe, meist aber um kriminelle Unterbrechung gehandelt.

In die Pariser geburtshilfliche Klinik wurden 1911 183 Abortfälle eingeliefert. Von diesen geben Fabre und Renther (13) genauere Daten über 141. Unter 130 Beobachtungen waren 112 Mehrgebärende und 18 Erstgebärende, 86 % Mehrgebärende. 21 % von ihnen hatten bereits 5 Schwangerschaften hinter sich. Es finden sich bei diesen 112 Fällen mehr als 42 % vorzeitig unterbrochene Schwangerschaften, und 34 % reine Aborte. Die Mortalität der 183 Fälle betrug 4,7 %, sie starben unter den schwersten Zeichen der Infektion. Die Morbidität betrug unter 141 Fällen 32,5 %, bei 27,6 % fiel die Temperatur sofort nach Ausstossung des Eies ab. 11 mal bestanden Erscheinungen periuteriner Entzündung, 2 mal mit Douglasabszess. Die Behandlung bestand in Abwarten, digitaler Ausräumung und Curettage, 3 mal wurde currettiert, 56 mal digital ausgeräumt, von letzteren starben 4 Fälle, 34 fieberten und 18 hatten keine Temperaturen. Unter den 34 fieberhaften Fällen fieberten 18 sofort ab, 13 nach den ersten 4 Tagen, 3 nach dem 10. Tage.

In der Diskussion hebt Plauchu hervor, dass unter 45 Fällen 20—25 kriminell sind, und zwar treiben die Mehrgebärenden meist selbst mit einem der Braunschen Spritze ähnlichen Instrument ab, wobei eine zerstörende oder antiseptische Flüssigkeit injiziert wird (Eau de Javelle oder Essigwasser). Die Verkäuferinnen der Instrumente geben gewöhnlich genaue Auskunft über die Anwendung derselben, ohne sich selbst damit zu befassen und entgehen dadurch der Verantwortung. Fabre behauptet, dass alle fieberhaften Aborte kriminellen Ursprungs sind. Pélicand Commandeur hat die gleichen Ziffern wie Fabre und Renther, er ist der Ansicht, dass Mehrgebärende selbst leicht das Orificium ext. mit dem Finger fühlen und sich die Spritze einführen können. Mortalität der sicher kriminellen Aborte 60 %.

Hergott (17) berichtet über die Mortalität und die Häufigkeit der Aborte in der Maternité von Nancy. Es sind in den 5 Berichtsjahren unter 4690 Eingängen 4304 Geburten und 386 Aborte zu verzeichnen. Unter den ersteren sind 0,51 % gestorben, davon infiziert in der Anstalt 0,139 %; von den Aborten, von denen wegen Blutungen, Fiebers u. dgl. 124 Curettagen ausgeführt wurden, sind 2,59 % gestorben. Die Ansicht von Fabre, dass fast alle Aborte kriminell sind, will er so modifziert wissen, dass eine grosse Zahl kriminell sind. Der Arzt kann aufklärend wirken, indem er dem Publikum die mit dem kriminellen Abort verbundenen Gefahren grell vor Augen stellt, dass er den Frauen vorhält, dass sie mit dieser Manipulation an dem Föt einen intrauterinen Mord begehen, und dass er die Frauen an ihrer verantwortlichen Moral anfasst.

Patek (38) berichtet über 1012 Fehlgeburten des letzten Jahres 1911 aus dem Krankenhause Wieden (Gynäk. Abteilung Halban). Er ist Anhänger des aktiven Vorgehens unabhängig vom bakteriologischen Befunde. Die abwartende Behandlung hat bei ihm keine günstigen Resultate ergeben, dagegen die aktive Behandlung — in der Hauptsache ist er unbedingter Anhänger der Curette — recht gute Resultate. Die Gesamtmortalität der fieberhaften Aborte betrug nur 2,6 %.

Aus der Frauenklinik der Krankenanstalt Bremen hat Schmidt (47) die Zahl der Aborte aus den Jahren 1907—11 zusammengestellt. Es ist dabei eine Zunahme der Aborte um fast das Doppelte in den 5 Jahren zu entnehmen, während ein Rückgang der Geburten mit Deutlichkeit zu verzeichnen ist. Unter den 692 Abortfällen befinden sich 4,01 % Todesfälle, 77,5 % Aborte bei Verheirateten, 22,5 % bei Unverheirateten. In 69,6 % fand die Unterbrechung vor dem Ende des 3. Monats, in 30,4 % nach dem 2. Monat statt. Unter 511 Fällen waren 21,7 % Erstgebärende, 78,3 % Mehrgebärende. Bei 230 Fällen betrug das Alter 15—25 Jahre = 33,3 %; 337 Fällen 26—35 Jahre = 48,5 %; in 125 Fällen 36—50 Jahre = 18,2 %. Bei 442 Frauen betrug die Zahl der Geburten 1112, die der Fehlgeburten 718. Es kamen also bei diesen Fällen auf 2,5 Geburten 1,3 Aborte. Nach den Untersuchungen Schmidts scheint die Syphilis bei der Ätiologie der Aborte keine so grosse Rolle, als allgemein angenommen wird, zu spielen. Wenigstens erhielt er unter 34 untersuchten Fällen nur 14,7 % positive Wassermannsche Reaktion. Die Zunahme der kriminellen Aborte war auch in Bremen sehr erheblich (gewöhnlich Einspritzung einer Seifenlösung). 85,3 % Aborte wurden instrumentell und digital behandelt, die übrigen 14,7 % kamen spontan zu Ende oder wurden digital und manuell, oder durch Einlegen von Laminaria, Tarnierscher Blase, Hystereuryse und Tamponade zu Ende geführt. Schmidt ist nicht für das Wintersche Verfahren, auch kann nach seinen bakteriologischen Untersuchungen der bakteriologische Nachweis von irgendwelchen Keimen nicht entscheidend für das Handeln sein. Von Streptokokkenserum hat er keine befriedigenden Erfolge gesehen (genaue Angabe der einzelnen bakteriologischen Befunde).

Thorn (52), der stets in der Behandlung der Aborte aktiv vorgegangen ist, behandelte in 24 Jahren seiner Privatpraxis 747 imperfekte Aborte; davon

fieberten 121 und 1 Kranke, septisch zweifellos mit kriminellem Abort eingeliefert, ging an Sepsis zugrunde; von 547 Aborten seiner Krankenhausabteilung wurden 304 fiebernd eingeliefert und 26 starben an septischen Prozessen; es ergibt sich also 0,13 % bezw. 4,77 % Mortalität; die Zahl der Fieberfälle belief sich bei ersteren auf 16,2 %, bei letzteren auf 55,5 %. Der sehr verschiedene Ausgang erklärt sich nach Thorns Ansicht allein aus der Qualität des Materials; die Verschlechterung der Qualität des Krankenhausmaterials ist in der Hauptsache auf äussere Einflüsse artefizieller Art zurückzuführen. Alle Fälle ohne Ausnahme, ob Fieber besteht oder nicht, ob Blutung besteht oder nicht, ob hämolytische Streptokokken nachweisbar sind oder nicht, müssen sobald als möglich ausgeräumt werden, mit Ausnahme jener Fälle, die bereits eine allgemeine Sepsis aufweisen, bei denen die Ausräumung also nichts mehr nutzen kann oder bei denen radikale Operationen ohne Berührung der Retention noch aussichtsreich erscheinen. Bei der Befürwortung der sofortigen Ausräumung, die prinzipiell digital geschehen soll, in jedem Falle und um jeden Preis, will Verf. wie beim septischen Abort als Einschränkung gelten lassen, dass man bei fehlender oder unbedeutender Blutung und der Möglichkeit strikter Überwachung auf kurze Zeit, höchstens 3 Tage, eine Besserung der Jauchung usw. durch antiseptische Massnahmen, Ausspülungen, Ätzungen usw. anstreben darf.

Nach der Zusammenstellung von Titus (53) kommen auf 100 geburtshilfliche Fälle 5,76 Aborte. In seinem Material sind 59,12 % inkomplette Aborte, 15 % kriminelle, 7,3 % therapeutische, „unvermeidliche“ ungefähr 4 %, missed abortion 1,8 %. Über 38° C Temperatur hatten die kriminellen Aborte in 78 %, die „unvermeidlichen“ in 60 %, die inkompleten in 45 %, die kompleten in 34 %. Die Mortalität ist bei den Aborten grösser als bei den Entbindungen am Ende der Gravidität. Streptokokken wurden in 5 % gefunden. In 20,25 % war der Uterus retroponiert. In 25 % der infizierten Fälle fand sich eine Entzündung an der Plazentarstelle. In 52 % der Fälle resultierte eine Endometritis decidua. Die Aborte kommen bei weissen Frauen zweimal so häufig vor als bei schwarzen, die kriminellen bei ersteren fünfmal häufiger, was wohl mit dem höheren Intellekt derselben zusammenhängt. Der habituelle Abort ist nicht so häufig als allgemein angenommen wird. Mehr als ein Drittel aller Aborte kommt bei Verheirateten vor. Je mehr Entbindungen eine Frau durchgemacht, und je grössere geburtshilfliche Erfahrung sie hat, desto grösser ist ihre Neigung zu krimineller Beendigung der Gravidität. Retroflexio uteri ist die häufigste Ursache des spontanen Abortes mit der resultierenden Endometritis decidua. Am häufigsten kommen die Aborte zur Zeit der Menstruationstermine vor.

Auch Dietel (10) spricht sich gegen die Winterschen Vorschläge der Abortbehandlung aus. Er ist Anhänger der instrumentellen Ausräumung des Abortes mit Winterscher Abortzange und Abrasio mit grosser stumpfer Curette und Gegner der prinzipiellen Austastung, da dadurch infektiöses Material weiterverbreitet und die Gewebe sehr gequetscht würden. Er ist für Abwarten bei Retention von Eihäuten und für Ausräumen zurückgebliebener Plazentarreste direkt nach dem Partus mit behandschuhtem Finger.

Häberle (16) berichtet über die günstigen Erfahrungen der aktiven Therapie des fieberhaften Aborts der Klinik Hofmeier. Er macht das therapeutische Handeln nicht abhängig von der bakteriologischen Diagnose und schliesst sich vollständig den Schlussfolgerungen v. Franqués an. Die Curette verwirft er nicht, sondern empfiehlt sie bei enger Cervix, es wird eine ausgiebige ½ %ige Lysolspülung angeschlossen und eine Injektion von 10—20 ccm 20 % Karbolalkohols.

Bei der Behandlung des fieberhaften Abortes tritt Houck (21) für exspektative Behandlung ein. Er wendet heisse Salzduschen zur Reinigung der Vagina und zum Zusammenziehen des Uterus an. Die Infektionserreger verschwinden meist nach einer bis drei Wochen. Wenn die Temperatur zur Norm zurückgekehrt

ist und 2—3 Tage normal bleibt, so kann man ausräumen. Diese Behandlung verzögert nach Houck nicht den Aufenthalt im Bett. Nach ca. 3 Wochen verlassen die Pat. durchschnittlich die Anstalt, nur eine Pat. behielt er 2 Monate in Behandlung, da nach einem kriminellen Abort sich endokarditische Erscheinungen gezeigt hatten.

Plauchu (41) empfiehlt bei kriminellen Aborten mit schweren Infektionserscheinungen, intensiven Schmerzen und peritonitischen Symptomen Laparotomie und Hysterektomie, da nur dadurch eine ev. Rettung möglich ist.

Stöckel (50) hält es nicht für notwendig bei Perforationen des Uterus in aseptischen Fällen jedesmal den Uterus zu exstirpieren. Man kommt, wenn man die Perforation erkannt hat, mit absoluter Ruhe aus. Stöckel zieht es vor, dabei doch durch vordere Kolpotomie den Uterus hervorzuholen, zu revidieren und die Perforationsstelle zu übernähen. Bei infizierten Uteris — und dazu gehören alle graviden Uteri mit instrumenteller Perforation — hält er die abdominale Totalexstirpation für die Operation der Wahl und für unbedingt notwendig.

Im Anschluss an seine Beobachtungen von 4 Fällen von Fruchtabtreibungsversuchen bei extrauterinem Sitz der Schwangerschaft macht Hirsch (19) bezüglich der Differentialdiagnose zwischen Pyosalpinx und Extrauteringravidität darauf aufmerksam, dass wenn trotz streng durchgeführter Bettruhe, Eisblase und Morphium, trotz Besserung des Allgemeinbefindens und trotz Sinkens der Temperatur die Schmerzanfälle in der betroffenen Seite sich häufiger wiederholen und im Gegensatz zu diesen spontanen Schmerzattacken der Tumor bei der Palpation an Empfindlichkeit einbüsst, dieser Gegensatz zwischen objektiven und subjektiven Erscheinungen sehr zugunsten der Extrauteringravidität spricht. Bei Pyosalpinx pflegt der Nachlass der objektiven und subjektiven Erscheinungen in den ersten Tagen der Bettruhe parallel zu gehen.

Extrauterinschwangerschaft, Schwangerschaft im rudimentären Horn eines Uterus bicornis.

1. *Abuladse, Zur Lehre von der Schwangerschaft im sog. rudimentären Uterushorn mit Beschreibung eines vor der Operation erkannten solchen Falles mit ausgetragener Frucht. Journ. f. Geb. u. Gyn. November. (Russisch). Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11. 1913.
2. Artom di Sant' Agnese, Un caso di degenerazione vescicolare di un gravidanza extra uterina. (Ein Fall von Blasendegeneration in einer Extrauterinschwangerschaft.) Rivista Ospedaliera, Roma. 12. (Artom di Sant' Agnese.)

2a. Baculesen, Extrauterine Pregnancy. Revue de Chirurgie Nr. 6. p. 946. Ref. Journ. of. obst. and Gyn. Sept. (56 Eälle von Extrauteringravidität aus dem Neckar Hosp. Paris während eines Jahres. Vorhergegangen waren in 50% Aborte, entzündliche Prozesse der Genitalorgane a) Metritis 4 Fälle, b) Salpingitis 5, c) Leukorrhoe 8, d) Cervixamputation 1 Fall. Schmerzhafte Menses 8 Fälle. Nur 9,5% Tubenentzündungen. Kein Fall war unter 22 oder über 40 Jahren, das gewöhnliche Alter zwischen 25 und 35. Von den 56 Fällen waren 36 schon vorher schwanger. Von der Topographie ist hervorzuheben, dass 28 ampulläre, 5 isthmische, 2 infundibuläre und eine interstitielle Schwangerschaften waren. Doppelseitige Extrauterinschwangerschaften wurden 3mal gefunden, 35 Laparotomien, 20 Kolpotomien, 2 moribund nicht operiert. Operationen: 18mal Hysterektomie, 15mal einseitige, 2mal beiderseitige Abtragung der Adnexe: Todesfälle: 2 moribund, 3 Pyonephrosis, Lungenentzündung und Tuberkulose. Die Therapie ist in allen Fällen operativ zu bewerkstelligen.)

3. Baczynski, Über Anzeigen und Ergebnisse der operativen Behandlung der Extrauterinschwangerschaft. p. 515. Verh. d. Gynäkol. Sekt. der 41. Vers. poln. Ärzte. Krakau 1911. Cf. Kap. I. Verhandlungen. (Ausser den genannten Vorträgen enthält dieser Kongressband auch die Diskussionen der einzelnen Fragen. Die meisten der Arbeiten

wurden auch anderweitig gedruckt und sind bereits einzeln berichtet, einzelne für ein kurzes Referat viel zu umfangreich schon wegen der kopiösen Kasuistik der Einzelbeobachtungen.)

4. Bandler, The earliest recorded Case of ectopic Gestation. Transact. of the New-York acad. of med. The amer. journ. of obst. Sept. p. 454. (Tubenei von ca. 10 Tagen ohne Andeutung von Chorionzotten, der vor der Operation neben dem Uterus gefühlte walnussgrosse Tumor stellte sich bei der Operation als das Ovarium heraus, die Tube war nur wenig verdickt und zeigte an der Verdickung das Gefühl, als ob ein kleiner Kern darin enthalten wäre.)
5. *Bandler, S. W., Einige Beobachtungen über Extrauteringravidität mit Beschreibung des bisher bekannten jüngsten Eies. Amer. Journ. of obst. a. diseases of wom. a. child. Dec.
6. — Unfailing Procedure for Diagnosing or Excluding Existence of Ectopic Pregnancy. Archives of Diagnosis, New-York. April V. Nr. 2. Journ. Amer. Med. Assoc. June 22. 2000.
7. Bankes, A. G., A case of ovarian pregnancy. The journ. of obst. and gyn. of the brit. emp. April. (24jähr. Pat. letzte Periode 7. Oktober, leichte Schmerzattacken am 11., 20., 27. November und 18. Dezember, wo sich auch Blutungen einstellten. Vordem hatte Pat. in ihrer 5jähr. Ehe 2 Kinder gehabt. Der im Douglas zu fühlende rechtsseitige, weiche, zystische, zarte Tumor stellte sich bei der Laparotomie als eine Ovarialschwangerschaft heraus und wurde aus dem Ovarium keilförmig exzidiert. Der Eisack bestand aus einer äusseren, dünnen fibrösen Schicht mit einer unregelmässigen kubischen Epithelbedeckung, einem intermediären, nekrotischen fibrösen Lager von verschiedener Dicke mit mehr weniger vollständig degenerierten Zotten und extremer hämorrhagischer Infiltration und mehr weniger vollkommenem Choriongewebe mit gut entwickeltem Amnion. Deutliches Luteingewebe war nicht nachzuweisen. Die Plazentarstelle befand sich nicht nach dem derberen Ovarialgewebe zu, sondern nach dem dünnen freien Rande. Besonders bemerkenswert ist an dem Falle, dass es bei dem dünnen fibrösen Eikapselgewebe nicht eher zur Ruptur gekommen ist. Eine kleine Rupturstelle fand sich an der äussersten Peripherie der dünnen Eihülle.)
8. Barchet, Gravidität in einem Uterusdivertikel. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 648—652. (39jähr. Frau, die ein normales Kind geboren und 4mal im 5. Monat abortiert hat. Letzte Periode 10. IX. 1911; am 8. XII. abends plötzlich krampfartige Schmerzen im Leib. Annahme eines retroflektierten Uterus. Die Aufrichtung in Narkose gelingt unvollkommen, Ringpessar. Danach Blutungen. Der Uterus hatte sich nach 6 Wochen nicht vergrössert. Am 6. II. Austastung in Narkose. Eine eingeführte Sonde stösst nach 9 cm auf Widerstand, gelangt dann aber in eine weite Höhle. An den gänseeigrossen Uterus schliesst sich nach rechts ein Tumor von etwa Faustgrösse an. Während der Palpation des sich eng an den Uterus anschliessenden Tumors hat man das Gefühl, als ob er geplatzt ist. Laparotomie, dabei findet sich ein Tumor, der sich an den Uterus anschliesst und mit Blut bedeckt ist. Er erweist sich bei der genauen Untersuchung als ein Uterusdivertikel, in dem es zweimal zu verschiedenen Zeiten zur Ruptur gekommen ist. Es lassen sich alle von Schickele für ein Uterusdivertikel aufgestellten Forderungen nachweisen. Der durch die Perforationsöffnung durchgeschlüpfte Föt hat die Rissstelle zeitweise tamponiert und so das Bild verschleiert.)
9. *Barthélémy und Vautrin, Grossesse tubaire bilatérale. Guérison spontanée. Bul. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Dez. Nr. 9. p. 1028. (22jähr. I para, die bisher stets gesund gewesen war. Venerische Infektion wird ausgeschlossen. Mai 1911 letzte Periode mit Schmerzen in der rechten Seite, die Periode erscheint beim nächsten Termin wieder, jedoch doppelt so lange und viel stärker, im Juni erneute Menstruation mit viel Schmerzen. Konstatierung einer rechtsseitigen Hämatocele, Bettruhe, Besserung, anscheinend Heilung nach Ansicht der Patientin. Nach einer Reise wird von Vautrin eine wachsende rechtsseitige Hämatocele konstatiert. Bettruhe, nach einigen Tagen Entschluss zur Operation. Bei der Untersuchung in Narkose findet sich ein zweiter Tumor in der linken Tube, der ebenfalls als Tubenschwangerschaft angesprochen wird. Bettruhe. Nach einiger Zeit ist der rechte Hämatocelensack verkleinert und nach weiteren 6 Wochen fast vollkommene Rückbildung beider Tumoren. Beide Autoren stehen danach auf dem Standpunkt, dass man sich mit der Operation einer Hämatocele nicht zu über-

stürzen braucht, sehr oft wird vergeblich operiert. Die Tubengraviditäten stellen einen normalen Vorgang im Geschlechtsleben der Frau das und können sich von selbst zurückbilden. Diskussion: Vautrin weist an einem Falle von Uterusmyomen mit gleichzeitiger Schwangerschaft an der Hinterfläche der Gebärmutter nach, dass die Ampulle der Tube leicht verändert, der Sitz des Eies gewesen, die Tube sonst vollkommen normal war, dass also zum Zustandekommen einer Tubenschwangerschaft keine pathologische Tube erforderlich ist. Man soll sich, da die Tubenschwangerschaften spontan zur Ausheilung kommen, die Operation derselben nicht zur Regel machen.)

10. Beckmann, Über wiederholte Tubenschwangerschaft. Journal akusch i shensk. bol. Okt. Sitzungsb. d. geb.-gyn. Gesellsch. zu St. Petersburg. (Unter 118 durch die Operation verifizierten Tubenschwangerschaften kamen 5mal wiederholte Schwangerschaften in der anderen Tube vor, was ca. 4% ausmacht. In einem Falle kam es ca. 4 Monate nach der ersten Tubenschwangerschaft zu einer zweiten. In den übrigen Fällen lagen Jahre (bis zu 5 Jahren) zwischen beiden Schwangerschaften) (H. Jentter.)

11. Bender, Xavier, Grossesse interstitielle. Bull. de la soc. d'obst. et de Gyn. de Paris Nov. 8. 856.

12. Benzel, F., Über einen Fall von Eiimplantation auf dem Stumpfe einer wegen Tubargravidität früher exzidierten Tube. Beiträge zur Geb. u. Gyn. T. 17, 2. p. 162. Ref. Revue de Gyn. T. XIX. Nr. 3. (30jähr. Frau, sie wurde wegen einer rechtsseitigen Extrauteringravidität im Oktober 1905 operiert. Exstirpation der rechten Adnexe. Im Mai 1906 wurde sie wieder eingeliefert und man stellte die Diagnose auf eine rechtsseitige Extrauterinschwangerschaft mit anteuteriner Hämatocele. Bei der Operation ergab sich die Richtigkeit der Diagnose, es wurde eine Keilexzision auf der rechten Seite ausgeführt und auch die linken Adnexe mit Keilresektion entfernt. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand man den intramuralen Teil der Tube mit normalem Epithel, daran anschliessend den Sitz des Eies, der allerdings stark durchblutet war. Zotten mit Syncytium und Langhanszellen fanden sich im angrenzenden Teil. Eine erneute Extrauteringravidität auf dem Stumpf und im intramuralen Teil lässt sich vermeiden durch eine rite ausgeführte Keilexzision der Tube. Es ist dies der 3. Fall auf dem Stumpf einer Tube, in den beiden bisher beschrienenen handelt es sich um Tub. grav. auf dem Stumpf von Pyosalpingen.)

13. Bertolini, G., Über ein Frühsymptom der Extauterin-Gravidität. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. (Bericht über einen Fall, in dem das von Solowij angegebene Zeichen, Auftreten einer teigigen Konsistenz im Douglas, die bei der ersten Untersuchung fehlt und erst bei den folgenden täglichen Kontrolluntersuchungen zur Beobachtung kommt, gefunden wurde. Bertolini macht ferner in diesem Falle auf die bei den folgenden Untersuchungen gefundene Azetonurie als ein Adjuvans bei Stellung der Diagnose Extrauterin-Gravidität aufmerksam.)

14. — Un sintomo precoce di gravidanza extrauterina. (Ein frühzeitiges Symptom der Extrauterinschwangerschaft.) La Ginecologia, Firenze, IX. fasc. 8. (Artom di Sant' Agnese.)

15. Beutner, O., Zur Erschlaffung des nicht schwangeren Uterus bei gleichzeitig bestehender Extrauterinschwangerschaft. Gyn. helvet. Frühlingsausgabe. (Beuttner fand bei der Laparotomie wegen eines rechtsseitigen kindskopfgrossen Tumors Extrauterinschwangerschaft. Der Uterus hatte die Grösse eines schwangeren Organs im 4. Monat. Er zog sich während der Operation allmählich zusammen, die bläuliche Koloration ging verloren und das Organ wurde härter. Tod nach Exstirpation der mit dem Netz verwachsenen Plazenta und des frei im Bauchraum liegenden Föt direkt nach Schluss der Bauchwunde. Beuttner war dadurch in der Lage, bisher die akute Erschlaffung des Uterusmuskels de visu beim eröffneten Abdomen in folgenden Stadien zu beobachten: 1. Beim nichtschwangeren Uterus mit doppelseitiger Adnexerkrankung. 2. Beim fibromatösen Uterus. 3. Beim nicht schwangeren Uterus bei gleichzeitig bestehender Extrauterinschwangerschaft. Anat. Beschreibung der Uteri.)

16. Binet et Delfourd, A propos d'un cas de grossesse ectopique. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 5. p. 572—575. (2 Fälle von geplatzter Tubargravidität, in denen durch die Anamnese deutlich nachzuweisen ist, dass innerhalb kurzer Zeit 2—3 Zerreissungen der Tube vorgekommen sind. Verf. streifen die Frage, ob durch

Irrigationen zur Vermeidung der Befruchtung nach dem Koitus die Ansiedlung des Eies in der Tube zustande kommen kann, und lehnen sie als Hypothese ab. Nach Sencert ist es vielleicht wahrscheinlich, dass durch Ausbleiben der Bildung einer Einschleimung des Eies durch die während des sexuellen Aktes wohl sezernierenden Tubenepithelien die Wanderung des Eies durch die Tube aufgehalten und so das Ei tubar retiniert werden kann. Remy sieht die Tubargravidität als normalen Vorgang an.)

17. Bloch, Réné, A propros d'un cas de grossesse péritonéale. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. Juin. (Fall einer auf das Peritoneum übergreifenden Extrauterinschwangerschaft im 5. Monat, der unter den Symptomen einer Appendizitis eingeliefert wurde, mit Fehlen der Häute und der Amniosflüssigkeit.)
18. *Boldt, Hermann J., Tubal pregnancy with atypical symptoms. Transact. of the New York Academy of medicine. The journal of obst. January. p. 102.
19. — Left tubal pregnancy, removed per vaginam. Transact. of the New York obst. soc. The Amer. journ. of obst. Sept. p. 425. (Boldt operiert gewöhnlich die Tubarschwangerschaften von oben, nur bei fetten Frauen, wenn das Becken von unten leicht zugänglich ist, ab und an von der Vagina aus.)
20. Bondy, Interstitielle Gravidität nach Stomatoplastik derselben Tube und Exstirpation der anderen wegen Tubargravidität. Breslauer med. Vereine. Januar.
21. Bonifazi, A., Irrtümer bei der Diagnose der Extrauterinschwangerschaft. Inaug. Diss. Lausanne. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36.
22. Boquel, Grossesse extra-utérine opérée au cours du travail. La Gynécologie, Oct. p. 624. (Bericht über einen Fall von Extrauteringravidität gegen Ende der Schwangerschaft mit gutem Erfolg operiert, lebendes Kind. Verf. gibt noch eine Übersicht über die Schwierigkeiten der Versorgung der Gefässe und tritt energisch für die totale Radikalentfernung der Schwangerschaftsprodukte ein, verwirft die allgemein übliche Vernähung des Fruchtsackes mit der äusseren Haut und folgende Drainage.)
23. Brauss, Willy, Ein Beitrag zur Gravidität im rudimentären Nebenhorn. Inaug.-Diss. Bonn.
24. Bröse, Zur Behandlung der geplatzten Extrauteringravidität mit freier Blutung. Deutsche med. Woch. Nr. 38.
25. —, Paul, Zur Behandlung der geplatzten Extrauteringravidität. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 38. (Polemik gegen Wagner, in der die Behauptung widerlegt wird, dass Bröse die Beckenhochlagerung bei der Operation verworfen habe.)
26. Carstens, J. H., Pregnancy, simulation extrauterine Fetation or pus tube. The Americ. journ. of obstetr. Dec. 1023. (Bericht über einen Fall von Schwangerschaft bei einer 23jährigen Pat. Sie hatte bis Ende Dezember 1911 regelmässig menstruiert, Ende Januar 1912 menstruierte sie nur einen Tag. Ende Februar hatte sie Ausfluss und Schmerzen beim Urinieren. Beckenbauchfellentzündung und Schmerzen besonders in der rechten Seite, Temperatursteigerung. Durch Bettruhe besserten sich die Beschwerden. In der rechten Seite blieben die Schmerzen bestehen. Anfang April ergab sich bei der inneren Untersuchung Ausfluss, der jedoch keine Gonokokken enthielt, der Uterus war etwas vergrössert und rechts mit einer Tumormasse in Verbindung. Die Cervix war rigide, so dass an eine normale Schwangerschaft nicht gedacht werden konnte. Die Diagnose lautete Extrauteringravidität mit teilweiser Ruptur, die dann durch Entzündung zu Verwachsungen geführt hatte. Bei der Laparotomie ergab sich eine normale Schwangerschaft mit leichten Verwachsungen an den rechten Adnexen. die gelöst wurden. Sylvester J. Goodman berichtet über einen Fall, bei dem eine 3monatliche Schwangerschaft zu bestehen schien mit einer empfindlichen weichen Masse auf der rechten Seite des Uterus, die auch für eine extrauterine Gravidität angesprochen wurde. Bei der Laparotomie zeigte sich ebenso wie im Falle Carsten eine bläuliche Verfärbung des Peritoneums vor seiner Eröffnung und eine entzündete und verwachsene, schlecht zurückgebildete Appendix, nach deren Entfernung auch der Uterus sich zurückbildete. Diskussion über Operationen der Extrauteringravidität auf vaginalem oder abdominalem Wege.)
27. Center, D., Gleichzeitige intra- und extrauterine Gravidität. Jllinois med. journ. März 1911.
27a. Cova, E., La diagnosi di gravidanza extrauterina in quanto può essere accessibile

alla Levatrice. Die Diagnose auf Extrauterinschwangerschaft insofern sie der Hebamme zugänglich sein kann. Gazz. Ital. d. levatrici Siena Anno 1 p. 65.
(Artom di Sant' Agnese)

28. *Cragin, Edwin, The treatment of ectopic gestation. Surgery, Gyn. and Obst. March. Ref. Journ. of obst. and Gyn. of the Brit. emp. April.

29. *Czyzewicz, Adam, Bauchhöhlenschwangerschaft. Arch. f. Gyn. Bd. 97. H. 1. (Bericht über eine übertragene Extrauterinschaft, wahrscheinlich ausgehend von der rechten Tube. Der ganze Sack wurde mit der rechten Tube und Ovarium und dem dazu gehörigen Uterushorn entfernt. Heilung. Der II. Fall. 29jährige Frau II gravida hatte am 14.—18. August 1910 ihre Menses gehabt, am 3. Oktober plötzlich Blutungen aus den Genitalien in Form von Blutflecken, die ununterbrochen andauern. 5. Oktober plötzlich Schwächeanfall, jedoch ohne Ohnmacht und starke Unterleibskrämpfe. In der Annahme einer geplatzten Extrauteringravidität wird sofort laparotomiert. Es zeigt sich, dass die Adnexe am Uterus vollkommen normal sind, aber am rechten breiten Mutterband ein Netzzipfel adhärent ist, der eine ca. wallnussgrosse Verdickung umschliesst und ein Ei enthält. Im unveränderten linken Ovarium ein wahres Corpus luteum.)

30. — Zwei Fälle von Abdominalschwangerschaft. Przeglad Lekarski Nr. 233ff.—241. Nach einem längeren historischen Aperçu bezüglich Vorkommen oder Nichtvorkommen einer primären Abdominalschwangerschaft beim Menschen und Wiedergabe der kritischen Postulate von Veit und von Werth, tritt Czyzewicz an der Hand zweier eigenen Beobachtungen für die Möglichkeit einer primären Abdominalschwangerschaft beim Menschen ein, namentlich sein zweiter Fall erfülle sämtliche Forderungen von Veit in zweifelloser Weise. Eingehender Bericht beider Beobachtungen nebst Zeichnungen.) (v. Neugebauer.)

31. Dauverey, Appendizitis als Ursache der Tubenschwangerschaft. Soc. Obst. Bordeaux Nov. 1911. (Bericht über einen Fall von grosser Hämatozele im rechten kleinen Becken, bei einer Pat., bei der vor 4 Jahren wegen appendizitischen Abszesses operiert war. Bei Operationen an der Appendix sollten immer die rechten Adnexe revidiert werden, Verwachsungen an denselben sollten gelöst oder die Tube entfernt werden.)

32. R. Davies-Colley, The diagnosis of ectopic gestation. Brit. med. Journ. March. 2.

33. Davidsohn, Georg, Über gleichzeitige Schwangerschaft in beiden Eileitern. Münch. med. Wochenschr. Nr. 3. (30jährige Frau, die 2mal normal geboren, einmal abortiert hat. Bei der Laparotomie der Pat. — Temp. 38,8, Puls 140, Leib stark aufgetrieben und gespannt — fand sich auf der linken Seite ein innerer Tubarabort. bei einer noch intakten Tubenwand und jungen Schwangerschaft rechts eine Tubenruptur. Nach der mikroskopischen Untersuchung der Zotten sind beide Eileiter gravid gleichalterig. Relaparotomie am 4. Tage. Tod der Pat. am 9. Tage an schleichender Peritonitis.)

34. Delaunay, Demonstration eines Falles von Extrauteringravidität mit Embryo. Totalexstirpation des Uterus. Soc. des Chirurg. de Paris, 8. Nov. Ref. la Presse méd. Nr. 97. p. 986.

35. Delmas, Jean et Paul, Un cas de grossesse extrauterine rompue, hysterectomie. guérison. Réunion obst. de Montpellier 6. Déc. 1911. Bull. de la soc. d'obst. de Paris. Nr. 9. 1911. (Wegen schwieriger Blutstillung und einer intra- und subperitonealen Blutung infolge Berstens der Tube an verschiedenen Stellen wurde die subtotale Hysterektomie ausgeführt.)

36. Dercken, Otto, Gleichzeitige extra- und intrauterine Gravidität. Inaug.-Diss. Erlangen, April.

37. *Deseniss, Extrauteringravidität. Ärztlicher Verein zu Hamburg, 5. Dez. 1911. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 11.

38. Desgouttes, Vortäuschung eines Darmverschlusses durch eine geplatzte Bauchschwangerschaft. Lyon méd. 1911. Nr. 32. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26. (Ausser unbestimmten Leibschmerzen mässiger und wechselnder Intensität bot die Vorgeschichte des Falles nichts Besonderes. Seit etwa einem halben Jahre mehrere heftige Kolikanfälle, die in letzter Zeit an Schwere zunahmen und schliesslich im Verein mit reichlichem Erbrechen zum Einschreiten nötigten. Diagnose: Darmverschluss. Laparotomie: Abdomen voller Koagula; Ei im Douglas adhärent, etwa dreimonatig.)

39. Devraigne, De la grossesse isthmique et cervicale. Société obst. de France. Ref. Annales de Gyn. Dezember 1911. 751.

40. Dobrowolski, Präparat von Tuboovarialschwangerschaft — primäre Tubenschwangerschaft. Przeglad Lekarsk. Nr. 7. p. 121. (v. Neugebauer.)

41. *Duffek, Fälle von wiederholter Tubenschwangerschaft. Geb.-Gyn. Ges. in Wien, 13. Februar. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 50. (I. Fall: ein wegen Karzinom der Portio exstirpierter Uterus mit einer rechtsseitigen gleichzeitigen Tubenschwangerschaft. Die dabei bestehenden Blutungen waren auf das Uteruskarzinom bezogen, in der Bauchhöhle fand sich etwas älteres Blut, die Tubenschwangerschaft hätte keinen sofortigen Eingriff nötig gemacht. II. Fall: 32jährige Frau mit vergrössertem Uterus, dem 3. Monat entsprechend, trägt weiter, nachdem wegen rupturierter Extrauteringravidität links operiert war. 4 Fälle von wiederholter Tubargravidität; eine Pat. war bereits 3mal nach Pfannenstiel operiert, einmal wegen linksseitiger Tubargravidität, das 2. Mal wegen Retroflexio und das 3. Mal wegen rechtsseitiger Tubargravidität. Die zweite Tubargravidität trat in den Fällen nach 34, 25,5 und 30 Monaten auf.)

42. Dupont, Robert, Extrauterinschwangerschaft rupturiert bei Gelegenheit eines Abtreibungsversuches, Kolpotomie mit folgender Peritonitis, Enterostomie, Heilung, neue normale Schwangerschaft. La Gynécologie, Oct. p. 629. (Bei einer 30jähr. Frau waren von einem Masseur Abtreibungsversuche unternommen, Pat. wurde mit Zeichen der Peritonitis aufgenommen. Die Ausschabung ergab nichts Besonderes, es wurde eine Kolpotomie angeschlossen und wegen der starken Blutung und des üblen Allgemeinzustandes der Pat. nur vom hinteren Scheidengewölbe aus tamponiert. Daran schloss sich eine Peritonitis, derentwegen eine Enterostomie mit gutem Erfolge ausgeführt wurde. Verf. warnt davor, bei aseptischen Fällen eine Kolpotomie anzulegen wegen der Gefahr einer Infektion von der Scheide aus.)

43. Durante, De la trompe gravide dans un cas de grossesse pseudodiverticulaire non rompue. La Gynécologie, Juillet. Nr. 7. p. 414. (Bericht über eine Tubengravidität, die sich anscheinend zwischen zwei Schleimhautfalten angesiedelt hatte, also in einem Pseudodivertikel. Diese Fälle scheinen mehr zu einer Apoplexie des Eies als zu einer Ruptur mit nachfolgender intraabdominaler Blutung zu neigen.)

44. Eckert, Josef, Über einen Fall von interstitieller Gravidität. Inaug.-Diss. München. Januar.

45. Edling, Zur Röntgendiagnose bei Extrauterinschwangerschaft. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46.

46. Endelmann, Ruptur des schwangeren Eileiters im 4. Monate. (24jährige Frau glaubte sich zwei Monate schwanger und liess sich von einem Arzte eine Auskratzung machen, welche glatt verlief. Die Periode kam aber nicht wieder. Zwei Monate nach der Auskratzung wurde sie ohnmächtig. Endelmann wurde geholt, konstatierte eine innere Blutung, liess die Frau sofort in das Hospital zum Heiligen Geiste schaffen, wo sie sofort von Borzymowski operiert wurde. In der Bauchhöhle sehr viel Blut, eine viermonatliche Frucht und die Plazenta ruhte. Tube wies Erweiterung und Riss auf. Gynäkolog. Sitzung der Warschauer Ärztlichen Gesellschaft 9. II. Przeglad chirurgi ginekolog. Bd. 7. Heft 3. 367. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)

47. Ertl, Demonstration zweier ektopischer Schwangerschaften bei derselben Patientin. Verein der Ärzte in Oberösterreich, 13. Juni. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 44. (Unter 8378 geburtshilflichen Aufnahmen der Linzer Frauenklinik fanden sich 1,57 % ektopische Graviditäten. Unter diesen 132 Fällen 3 % wiederkehrende ektopische Graviditäten = 0,48 ‰ unter den geburtshilflichen Aufnahmen und unter 8526 geburtshilflichen Fällen 1 extrauterine mit gleichzeitiger intrauteriner Gravidität = 0,12 ‰. Von den 138 extrauterinen Schwangerschaften wurden 77 radikal p. lap. eine radikal p. vag., 15 durch Punktion und Drainage der Vagina, 45 nicht operiert. Referat über 4 Fälle wiederholter Extrauteringravidität. Das Alter dieser 4 Frauen schwankt zwischen 27—40 Jahren bei der ersten Aufnahme und 29—45 Jahren bei der 2. Aufnahme. Fall I. Schwangerschaftsfreie Zeit 2 Jahre 3 Monate. Fall II. 5 Jahre 2 Monate; Fall III, 2 Jahre 7 Monate; Fall IV. fast ein Jahr. Anamnestisch bemerkenswert ist, dass bei 3 Frauen das der ersten Extrauteringravidität vorausgegangene Wochenbett mit Fieber verlaufen ist, entzündliche Vorgänge. Vollkommene Genesung sämtlicher Frauen. Gleichzeitig beobachtete Extra-

und intrauterine Gravidität. (32 jährige Frau, die 8 Jahre vor ihrer jetzigen Aufnahme eine schwere Appendizitis überstanden hatte. Bauchoperation wegen Append. perforat. 3 Geburten, letzte 7 Monate vor der Spitalaufnahme, 8 Tage vor der Aufnahme plötzlich Schmerzen im Bauch. Laparotomie: Graviditas tub. dextra mit mazerierter 4 cm langer Frucht und gravider Uterus von $3^{1}/_{2}$ Lunarmonaten. Entfernung der rechten Tube, Fortbestehen der intrauterinen Gravidität.)

48. Essen-Möller, Schwangerschaft nach Extrauteringravidität. Hygiea Nr. 11. Ref. Deutsche med, Wochenschr. Nr, 4. (Von 39 wegen Extrauterin-Gravidität operierten Frauen wurden 18 (46 %) wieder schwanger und zwar 11 einmal, 5 zweimal, 2 dreimal. Es handelte sich dabei um 24 normale Schwangerschaften, 2 Aborte und 2 Tubargraviditäten. Besonders gute Aussichten für spätere Konzeption bieten die Fälle, wo bei der Operation nicht drainiert wurde. Schwangerschaften nach nicht operierter Tubargravidität boten öfter Komplikationen als solche nach operierter.)

49. Fabre und Bourret, Grossesse extrautérine interrompue avec fötus momifié de 5 mois. Bulletin de la soc. d'obst. et de gyn. Juni. (31 jähr. Frau, deren Periode 4 Monate ausgeblieben war. Bedrohliche Symptome waren fast nie aufgetreten, deshalb war die Diagnose einer geplatzten Extrauteringravidität kaum zu stellen. Bei der Laparotomie fand sich dann eine rechtsseitige geplatzte Extrauterinschwangerschaft mit mumifziertem Föt.)

50. Ferrari und Laffont, Une cause d'erreur de diagnostic dans un cas de grossesse extrautérine rompue. Bulletin de la soc. d'obst. et de gyn. Juillet 1912. (36 jährige Frau hatte ihre Regel 5 Wochen nicht. Sie glaubte sich schwanger und führte sich, nachdem irgendwelche Pillen nichts genutzt hatten, eine Sonde in den Uterus ein. Darauf heftige Schmerzen. 14 Tage später Einlieferung ins Krankenhaus unter den Zeichen einer Peritonitis. Es wurde eine hintere Kolpotomie gemacht, wobei sich reichliches Blut entleerte, ebenso im Anschluss daran aus der vorderen Kolpotomie, der Uterus liess sich schlecht hervorziehen und deshalb wurde nach Entfernung reichlicher blutiger Koagula das ganze kleine Becken austamponiert. Exitus bald darauf. Bei der Sektion stellte sich der Fall als rechtsseitige Extrauteringravidität heraus, die schon vor ca. 3 Wochen geplatzt war. Es war nicht möglich gewesen, die Ruptur der Tube zu diagnostizieren; da die Zeichen der Peritonitis zu sehr im Vordergrund des Krankheitsbildes standen.)

51. Ferré, Grossesse extra-utérine. Annal. de Gyn. et d'Obst. Februar p. 105.

52. *Field, Merton, Rupturierte Tubargravidität. St. Paul's med. journ. Nr. 19. Oktober.

53. Fränkel, L., Interstitielle Gravidität nach der vor 2 Jahren erfolgten Stomatoplastik der gleichseitigen Tube, gelegentlich der Exzision der anderen Tube wegen Tubargravidität. Gynäkologische Gesellschaft zu Breslau. 23. Jan. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. (Im Anschluss an diesen Fall berichtet Fränkel über seine anderen mehrfachen ektopischen Graviditäten. Prozentsatz seines Materials mehr als 9 %. Da in der Literatur schon mehrere Fälle von Extrauterin-Gravidität (Wesenberg) nach Tubenplastik beschrieben sind, so dürfte die Herstellung eines neuen Tubenmundes der anderen Seite gelegentlich der Operation bei Bauchschwangerschaft ernsthaften Bedenken begegnen. Eine gewisse Neigung der Tube die Eileitung ungenügend zu besorgen, ist durch die erste Tubenschwangerschaft gewöhnlich bewiesen. Die genaue Betrachtung des vorliegenden Präparates ergibt eine Narbenverzerrung des an sich richtig angelegten Tubenmundes, dadurch ungenügende Funktion. — Rosenstein berichtet in der Diskussion ebenfalls über einen Fall von Tubengravidität nach vorausgegangener Salpingostomie, er nimmt ebenso wie Asch einen konservativen Standpunkt gegenüber der anderen Tube ein. Asch ist, wenn einmal bei einer Laparotomie Pyosalpingen angetroffen werden, für deren prinzipielle Entfernung. — Küstner hält die Prozentzahlen der wiederholten Extrauterin-Gravidität von Fränkel für zu hoch. Er ist gegen die Stomatoplastik, die eher durch eine grössere Resektion der Tube, durch deren Rest ja das Ei auch gehen kann, ersetzt werden könnte. — Baumm hat fast nie die entleerte Tube zurückgelassen, ebenso keine Stomatoplastik gemacht, da die unterbundene Tube auch ohne solche wieder durchgängig wird. Bei Salpingitis suppurativa mit frischer Perimetritis hält es Fränkel nicht für unärztlich, die Tuben darin zu lassen und den Bauch zu schliessen, da diese Prozesse ausheilen können.)

54. Frank, Robert, T., Two cases of secondary abdominal pregnancy. The amer. journ. of obstetr. April. p. 640. (1. Fall: ektopische Schwangerschaft wahrscheinlich ausgehend von der Fimbria ovarica, mit beginnender Lithopädionbildung. 31jähr. Frau, die vor 9 Jahren eine normale Geburt durchgemacht hatte, die Menstruation war immer regelmässig, eine Woche nach der letzten Regel hatte sie starke Schmerzen im Leib rechts und dann noch wiederholte krampfartige Schmerzanfälle, 4 Monate keine Menstruation, dabei Zeichen der Gravidität, Erbrechen, Vermehrung des Leibesumfangs etc., in den nächsten 4 Monaten wieder regelmässige Menstruation und reichliche Sekretion der Brüste. Bei der Untersuchung des Abdomens fand sich ein bis zum Nabel reichender Tumor, der Uterus war vergrössert antevertiert und eleviert durch einen knorpelharten Tumor, der den Douglas ausfüllte und bis zu den Spina ant. sup. reichte. Im Röntgenbilde fand sich ein Schatten im kleinen Becken. Die Scheidenschleimhaut war nicht verfärbt. Die Laparotomie ergab dann einen Tumor von der Grösse einer grossen Orange, der in sich einen 4monatlichen versteinerten Föt barg. Tuben und Ovarien waren ohne jede Veränderung. 2. Fall: Einer 35jähr. Frau, 11 Jahre verheiratet, 4 Kinder, das letzte vor 4 Jahren. Bei der Einlieferung war die Frau, — die Menstruation war 4 Monate ausgeblieben, in der Zwischenzeit hatte die Pat. mehrere Schmerzattacken durchgemacht, zuletzt eine ausserordentlich heftige — kollabiert. Laparotomie. Es fand sich im Abdomen eine grosse Menge flüssigen Blutes, die äussere Hälfte der rechten Tube fehlte und die Plazenta sass auf der Hinterfläche des Lig. lat., und der rechten Beckenwand. Drainage. Verschlechterung des Befindens, am 9. Tage Relaparotomie. Exitus.)

55. Frick, W. J., und George Mosher, Pregnancy in a bicornuate Uterus. The amer. journ. of obst. August. (In allen Fällen von Schwangerschaft im Uterus bicornis ist der abdominale Kaiserschnitt zu empfehlen. Die Diagnose ist intra vitam vor der Operation kaum zu stellen.)

56. Gallant, Ernest, Ruptured ectopic with mushroom bloodclot attached to fun dus uteri by a small pedicle. Transactions of the New York academy of med. The amer. journ. of obst. June. 1028.

57. Gaiser, Graviditas tubaria dextra uteri unicornis sinistri cum rudimento cornu dextri. Ärztlicher Verein Stuttgart, 1. VI. 1911. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 4. (Da Verf. das rudimentäre Uterushorn für solid im vorliegenden Falle hält, konnte für ihn nur eine Überwanderung durch die linke Tube stattgefunden haben. Das Fehlen des rechten Ureters und der rechten Niere, das vom Verf. festgestellt wurde, ist für das Zustandekommen der Hemmungsbildung sehr wichtig, besonders für die Entscheidung, welcher von beiden Theorien, der Paltaufs oder Holzbachs, der Vorzug zu geben ist.)

58. Gmeiner, Erkannte heterotope Zwillingsschwangerschaft. Prag. med. Wochenschr. Nr. 52. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 3. 1913. (Die Frau war seit drei Monaten nicht menstruiert und seit einem Monat unter Erbrechen und heftigen linksseitigen Leibschmerzen erkrankt. Bei der Operation fand sich ein schwangerer Uterus, ausserdem eine linksseitige Tubargravidität, die zur Hämatocele retrouterina geführt hatte. Glatter Verlauf; zum normalen Termin spontane Geburt eines kräftigen Knaben.)

59. Goinard et Laffont, Kyste hémorrhagique de l'ovaire. Bull. de la société d'obst et de Gynéc. Février. 104. (42jähr. Frau, 10 normale Schwangerschaften, 3 Aborte, erkrankte nach 2monatl. Ausbleiben der Periode plötzlich an Erbrechen und Kollaps, dabei seit einiger Zeit Abgang schwärzlichen schokoladefarbigen Blutes. Die Annahme einer Extrauteringravidität stellte sich als falsch heraus, es handelte sich um eine intrazystische Hämorrhagie, die sowohl in dem Palpationsbefund als auch den Begleiterscheinungen zu der falschen Diagnose geführt hatte.)

60. Graham, C., Extrauterine Schwangerschaft. New York State Journ. of Med. April 1911.

61. Graham, Case of ovarian pregnancy. Journ. of med. research. Juli, Vol. 26. Nr. 8. p. 499. Ref. The journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Aug. (Fall einer Ovarialschwangerschaft bei einer 36jähr. IIIpara. Das Ovarium war hühnereigross mit einer Embryonalhöhle von 1,5 cm Durchmesser. Der Embryo war verloren gegangen. In der makroskopisch normalen Tube fanden sich drüsige Gebilde in der Muskulatur und ein ähnlicher Drüsengang am Ovarium, die nach des Verf. An-

sicht durch Adhäsionen von dem Fimbrienteil der Tube nach diesen Stellen gezogen, und höchstwahrscheinlich nicht Akömmlinge des Müllerschen Ganges sind. In den tieferen Lagen des Ovariums waren zahlreiche Zotten gefunden. Ein Durchbruch der Zotten in Gefässe war nicht nachzuweisen, ebenso deciduale Verändederungen. Ungefähr 4/5 des Corpus luteum war durch eingebettete Zotten zerstört, die wohl von aussen in dasselbe eingebrochen waren.)

62. Grosglik, S., Extrauterinschwangerschaft mit Retention der Frucht durch 30 Jahre und Durchbruch derselben in die Harnblase. Zeitschr. f. gyn. Urologie. Bd. 3. H. 5. (51jähr. Frau; die einmal geboren hatte, mit heftigen Unterleibschmerzen, Harndrang, Inkontinenz und widerlichem Geruch des Urins, zeigt eine Anzahl von Knöchelchen vor, die mit dem Urin im Laufe des letzten Jahres abgegangen sind. Anamnestisch liess sich eine vor 30 Jahren bestandene Extrauteringravidität feststellen. Mehrfache Entfernung von Knochen durch den Verf. nach Dilatation der Harnröhre ohne Heilungserfolg. Inzision des Fruchtsackes von den Bauchdecken aus ohne Eröffnung des Peritoneums. Entleerung sämtlicher Knochen (105). Literaturzusammenstellung und Besprechung der verschiedenen therapeutischen Massnahmen).

63. Grote, Tubenschwangerschaft. Demonstration, Geburtshilfliche Gesellsch. zu Hamburg. 5. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. (Pat. vor etwa 6 Wochen ausgekratzt wegen Aborts, Schmerzen rechts. Untersuchung ergab rechtsseitigen Adnextumor. Laparotomie, rechts Tubarschwangerschaft, die trotz der Auskratzung intakt geblieben war. Linke Tube ebenfalls wegen entzündlicher Veränderungen entfernt.)

64. Grube, Ischuria paradoxa bei Graviditas tubaria. Geburtshilfliche Gesellsch. zu Hamburg. 29. Oktober. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 3. 1913. (Differentialdiagnose zwischen Retroflexio uteri grav. und Graviditas tubaria. Mittelst Sonde liess sich, nachdem die Narkosenuntersuchung keine Klarheit ergeben, der 8 cm lange Uterus vorn dicht hinter der Symphyse nachweisen. Der Gebrauch der Sonde ist für eine kleine Anzahl von Fällen unerlässlich und der vorsichtige Gebrauch ungefährlich. Verschiedene Diskussionsredner sind gegen den Gebrauch der Sonde.)

65. Grünbaum, Über einen Fall von Tubargravidität. Nürnberger med. Gesellsch. u. Poliklinik. 13. Juni. Ref. Berliner klin. Wochenschr. Nr. 33. (Über einen Fall von Tubenruptur, den er in einem Bauernhaus 38 km von Nürnberg entfernt bei Stall- und Radlaternenbeleuchtung operierte. Bei Ankunft im Automobil war die Pat. pulslos in schwerstem Kollaps. Operation ohne Narkose sehr erschwert wegen des vielen flüssigen Blutes das bei der wagerechten Operationslage das Arbeiten wenig übersichtlich gestaltete. Verlauf günstig.)

66. — Zwei Fälle von Tubenruptur bei beginnender Gravidität. Nürnberger med. Gesellschaft und Poliklinik. 27. Juni. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 37. (Ganz junge Tubengravide mit kleinsten Rupturstellen und fast tödlicher intraobdiminaler Blutung, Heilung durch Laparotomie.)

67. Hannes, Echte, frühzeitig unterbrochene Ovarialschwangerschaft. Demonstr. Gyn. Ges. zu Breslau. 14. Mai.

68. — Ovarialgravidität. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. 2. H. (Bei einer 27jähr. Frau fand sich nach 3 normalen Graviditäten bei der Laparotomie wegen innerer Blutung eine fast kinderfaustgrosse Geschwulst an dem rechten Ovarium, die sich bei näherer Untersuchung als Ovarialgravidität, schon vor einiger Zeit abgestorben, herausstellte, Die Möglichkeit, dass es sich um eine intrafollikuläre Eiinsertion handelt, wird angenommen.)

69. Haultain, E. W. N., Difficulty in diagnosis of ektopic gestation, Edinburgh obst. Soc. June 12. Ref. The Brit. med. journ. June 29. (Eine für einen retroflektierten graviden Uterus gehaltene zystische Geschwulst stellte sich, nachdem wegen Fiebers und Pulssteigerung zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt ein Gummibougie eingeführt und sich die Uterushöhle leer erwiesen hatte, bei der Operation als eine extrauterine Gravidität neben dem emporgedrängten, fast normal grossen Uterus heraus. 2. Fall. Pat. hatte zwei Monate nach der Verheiratung eine Woche Amenorrhoe und danach eine heftige Schmerzattacke und plötzliche Übelkeit, die sie 6 Wochen ans Bett fesselten. 8 Monate später eine zweite Attacke und 6 Monate danach eine dritte. In der Gegend der rechten Adnexe leichte Schwellung. Bei jeder Attacke sollen deciduale Membranen abgegangen sein, gonorrhoische Salpingitis wurde ausgeschlossen. Bei der Operation fand sich freies Blut in der Bauchhöhle

und eine Tubenschwangerschaft rechts, während die linke Tube leicht verdickt war. Haultain wirft die Frage auf, ob es sich vielleicht um 3 ektopische Schwangerschaften gehandelt hat.)

70. Heinricius, G., Ein im Jahre 1743 in Finland operierter Fall von extrauteriner Schwangerschaft. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36, Ergänzungsb. d. p. 73. (Interessanter im Original nachzulesender Bericht, wobei auch schon von Mounsey die Ansicht geäussert wird, dass die Frucht nicht im Leib, sondern im Eileiter sich entwickelt hat.

71. Henkel, Zur Diagnose und Therapie der Extrauteringravidität. Zeitschr. f. ärztliche Fortbildung. Nr. 19.

72. *Hirsch, Max, Über wiederholte Tubarschwangerschaft. Der Frauenarzt, Bd. 27. H. 8. (41 jähr. Frau, die 2 normale Schwangerschaften und 2 Aborte durchgemacht hat. 1906 wegen rechtsseitiger Tubarschwangerschaft konservativ behandelt, 1910 im Januar Entfernung der linken Adnexe wegen Tubargravidität, die rechten Adnexe werden normal befunden. 8. Januar 1912 erneute Laparotomie — beidemale Pfannenstielscher Querschnitt — Exstirpation der rechten Tube wegen Tubargravidität (birnförmiger blauroter Tumor am abdominalen Ende. Fall von dreimaliger Tubenschwangerschaft, die erste Tubargravidität, da konservativ behandelt zweifelhaft (Referent)!! 3. Fall. 29 Jahre alte Pat. 2 normale Geburten, 1 Abort. Nach mehrjähriger Ehe vom Mann luetisch infiziert. 2. Ehe, während derselben noch andauernd antiluetische Kuren. Normaler Partus mit adhärenter Plazenta, Lösung, Kindbettfieber. In der nächsten Zeit Adnexerkrankungen. 10. Sept. 1909 Laparotomie, Entfernung der rechtsseitigen Hämatosalpinx, die linken Adnexe in flächenhaften Adhäsionen werden zurückgelassen. Nach weiterer physikalischer Behandlung Besserung der Unterleibsbeschwerden. $^5/_4$ Jahr nach der Operation normale Entbindung. 3. Fall. 21 jähr. Pat. wegen akuter Gonorrhoe $1/2$ Jahr nach der Verheiratung behandelt. Nach 6 Wochen wegen geplatzter gon. Pyosalpinx Entfernung der linken Adnexe und Drainage durch den Douglas nach der Vagina. Ein Jahr später normale Entbindung.)

73. *Hofstätter, R., Extrauteringravidität und spätere Schwangerschaft. Wiener med. Wochenschr. Nr. 19. (Unter anderem berichtet Hofstätter über einen Fall wiederholter Tubenschwangerschaft, der am 24. Oktober 1906 wegen Extrauteringravidität der rechten Seite operiert wurde, und der sich nach $1^1/_2$ Jahren wegen neuerlicher Hämatocele und Tubenruptur links zum zweiten Male laparotomieren lassen musste. 2. 2 Ovarialgraviditäten, von denen eine neuerdings seit 5 Monaten intrauterin schwanger ist, eine zweite im Dezember 1911 wegen Graviditas extrauterina verisimile ovarialis sinistra cum haematocele retrouterina wieder operiert ist.)

74. Hopkins, Gardner, J., Ein Fall von Ovarial- und einer von Tuboovarial-Schwangerschaft. Proceedings of the New York. path. Soc. N. S. Vol. XII. 3—4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51.

75. Huzarski, Fall von Extrauterinschwangerschaft mit Operationsbericht. Przeglad chirurg i ginekolog 1912. Bd. 7. Heft 2. p. 367. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)

76. *Jastrzebski, H., Beitrag zur Erkennung und operativen Behandlung der Extrauteringravidität in ihrer zweiten Hälfte. Przeglad chir. i ginek. Bd. 6. H. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11. 1913. (37 jähr. IIpara im 8. Monat der Grav. Erbrechen. Leib- und Kreuzschmerzen, Blutung aus dem Genitale. Gleichzeitig sollen Kindsbewegungen sistiert haben. Nach einigen Monaten sollen im Stuhl zwei Knochen abgegangen sein. Extrauteringravidität von 8 Monaten festgestellt durch Röntgendiagnose gesichert. Bei der Laparotomie wurde eine Verbindung einer Dünndarmschlinge mit dem Fruchtsack gefunden; vordere Darmwand perforiert, die hintere stark gedehnt, bildet das Gewölbe des Fruchtsacks. Plazenta nicht gefunden, Fruchtsack konnte weder exstirpiert noch mit den Bauchdecken vernäht werden, da seine Wände infolge langdauernder Eiterung morsch und brüchig waren. Resektion der adhärenten Darmschlinge. Entfernung der Frucht. Mikuliczamponade, Exitus nach 8 Tagen an Herzschwäche.)

77. Jellinghaus, Frederic, A case of true ligamentous unruptured tubal pregnancy of eight months. The amer. journ. of obst. April. p. 648. (22 jähr. Pat. gebar vor 4 Jahren eine faultote reife Frucht und litt dann an einer Pelveoperitonitis. Letzte Periode am 12. Januar, 8 Monate bevor die Bewegungen des Föt aufhörten, im Februar angeblich Abort, dann wegen eines pelveoperitonitischen Exsudats

behandelt. 30. Sept. fand sich bei der Untersuchung ein Tumor, der 30 cm über die Symphyse reichte, gleichzeitig hörten die Bewegungen auf, man dachte an eine tote intrauterine Schwangerschaft, bei der Untersuchung in Narkose stellte sich jedoch eine extrauterine ungeplatzte heraus, durch Laparotomie wurden Fruchtsack samt Föt etc. unter beträchtlichen Schwierigkeiten entfernt. Einige Tage später entstanden Fisteln in der Vagina und am Abdomen und es entleerten sich nach drei Wochen Stuhl und Urin aus der Vagina. Bei der Operation war jedenfalls, da der Fruchtsack retroperitoneal lag, das bedeckende S Romanum verletzt und bei der Tamponade der Ureter; das Mesocolon des ersteren war als Adhäsion angesehen und durchtrennt. Nachdem noch intermittierend eine Nierenreizung eingetreten war links, ging es der Pat. gut, die wässerigen Stühle infolge des durch das Rektum abgehenden Urins belästigten die Pat. wenig, da sie zu bestimmter Stunde defäzieren konnte.)

78. Jwanowsky, Ein Fall von normaler Schwangerschaft kompliziert durch Extrauteringravidität. Med. Obosr. 1911. (Die Salpingooophorektomie hatte auf den Verlauf der Schwangerschaft keinen Einfluss ausgeübt.) (H. Jentter.)

79. Keiffer, Geborstene Extrauteringravidität, 18 Monate unbeachtet und neue intrauterine, pathologische Schwangerschaft. Gyn. 16. Jahrg. Nr. 6. (Junge Frau, die sich im 3. Monat der Gravidität befand, nachdem sie 18 Monate vorher eine Ruptur einer Extrauteringravidität erlitten hatte, die damals aber als Peritonitis behandelt war. Es fand sich hinter dem wenig beweglichen Uterus ein Tumor, der mit der Umgebung verwachsen war. Heftige Beschwerden nötigten zum Eingriff. Da eine Fortdauer der Schwangerschaft bis zum normalen Ende nicht zu erwarten war, so wurde zunächst der Abort. artif. eingeleitet und nach 10 Tagen der Tumor p. lap. entfernt. Heilung.)

80. Kerr, Munro, A case of advanced extra-uterine pregnancy. (Fall einer vorgeschrittenen Extrauterinschwangerschaft, in dem sich der Föt frei in der Bauchhöhle bewegte, ohne irgendwelche nachweisbaren Membranen.) Glasgow obst. and gyn. soc. Januar 24. Ref. The journ. of obst. and gyn. of the Brit. emp. Februar p. 122.

81. Klages, Beitrag zum Schwangerschafts- und Geburtsverlauf bei Uterus bicornis unicollis. (Bei diesem Fall war wegen der Schwierigkeit der Diagnosenstellung eine Probelaparotomie und ausserdem vorher eine Probepunktion des angenommenen rechtsseitigen tubaren Fruchtsackes gemacht worden. (Publ. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25. 1911.) 4 Monate später Blutungen 18. August, dann entlassen, am 24. August wieder starke Blutung und Beginn der Geburt. Metreurynter eingelegt, dann nach Erweiterung bis Handtellergrösse, Extraktion des toten Kindes 46 cm lang, 2100 g schwer. Es fand sich bei diesem Falle Placenta praevia, die Verf. als Ursache der Frühgeburt ansieht. Dabei befand sich ausserdem eine Schwäche der Uterusmuskulatur, Pituitrin war ohne Nutzen.)

82. v. Klein, Koinzidenz von Graviditas intrauterina mit tubaria-isthmica. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. 10. Febr. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 28. (Bei der Kranken war zunachst die Diagnose auf Graviditas isthmica gestellt, diese aber dann wegen Eintritts eines uterinen Aborts fallengelassen. 20 Tage danach trat unter kolikartigen Schmerzen plötzlicher Kollaps ein. Die hochgradig ausgeblutete Pat. wurde durch schleunige Laparotomie gerettet.)

83. Kleemann, Fall von ausgetragener verjauchter Tubargravidität. Gyn. Ges. zu Breslau 26. Nov. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. 1913. (Seltene Form einer fraglichen Tubargravidität. (Unregelmässige Blutung, Laparotomie, verwachsener kindskopfgrosser, wenig verschieblicher zystischer Tumor.)

84. Knaggs and Walker, A case of tubal pregnancy. The Lancet. July 13. 75. (33 jähr. Frau mit einer Fehlgeburt vor 2 Jahren, hatte Mitte April 1909 ihre letzte Regel gehabt. Am 26. August 1911 erkrankte sie plötzlich mit starken Schmerzen im Leib. Mitte März 1910 konsultierte sie einen Arzt, da die Zeit der erwarteten Niederkunft bereits verstrichen war. Sie hatte dann am 15. Mai 1910 drei Tage lang eine normale Periode gehabt und erkrankte. Bei der Laparotomie zeigte sich dann am 30. August eine Geschwulst der linken Tube von der Grösse einer Kokosnuss mit einer kleinen Perforationsöffnung. In ihr war eine Art Lithopädion (Skeletonisation). Gleichzeitig fand sich eine gelbliche Flüssigkeit im Abdomen mit Auflagerungen an den Gedärmen etc., die der Autor als Peritonitis non virulenta auffasst. Der Uterus war gravid im 3. Monat. Glatte Heilung und normale Niederkunft am Ende der Schwangerschaft mit lebendem Kind.)

85. Knoop, C., Abtreibungsversuch bei Tubargravidität. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. (Bei einem Mädchen mit Tubargravidität stellte sich heraus, dass ein Abtreibungsversuch mit Mixal unternommen war, es fand sich ein 6 Wochen alter Tubarabort mit einer ziemlich grossen Hämatocele, die operativ entfernt wurden. Ein Mann hatte der Betreffenden das Mittel — eine Mixtur aus allen möglichen pflanzlichen Stoffen mit einem grösseren Gehalt an Scillin aus der Meerzwiebel — verkauft. Er wurde zu 1 Monat, das Mädchen zu 7 Wochen Gefängnis verurteilt.)

86. Körbel, Hermann, Ein Fall von ausgetragener Tuboabdominalschwangerschaft bei osteomalacischem Becken. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 3. (23 jähr. IVpara, nach dem zweiten Wochenbett entwickelte sich langsam eine ausgesprochene Osteomalacie, vor der dritten Entbindung konnte Pat. wegen Schmerzhaftigkeit der Beine nicht gehen. Danach erholte sie sich wieder, so dass sie auf Krücken sich wieder etwas bewegen konnte. 2 Jahre später erneute Schwangerschaft, durch die die Kranke dauernd ans Bett gefesselt wurde, sie konnte die Beine aus der einmal eingenommenen Beugestellung nicht wieder in die Normale bringen. Beckenmasse des osteomalacischen Beckens: Dist. crist. $24^3/_4$, spin. $22^1/_2$, Conj. vera $5^1/_2$. Diagnose: Tuboabdominalgravidität. Laparotomie: Kindskörper in der Bauchhöhle freiliegend, rechts vom vergrösserten Uterus die Plazenta gelöst, zusammengeballt, unter und hinter dem Kindskörper liegend. Nirgends in der rechten freien Bauchhöhle eine grössere Blutung, nirgends eine blutende Stelle sichtbar, Reinigung der Bauchhöhle, Schluss derselben, Heilung. Lebendes Kind. 31 Monate nach der Geburt ist die Osteomalacie noch weiter fortgeschritten, Pat. vollkommen zusammengekrümmt.)

87. Kriwsky, Fünfmonatliche Extrauteringravidität. Demonstration. Russki Wratsch. Nr. 9. Sitz. der Ärzte des Obuchow-Hospit. (H. Jentter.)

88. Kupferberg, Geplatzte interstitielle Gravidität mens. IX. Demonstr. Mittelrheinische Ges. f. Geb. u. Gyn. Frankfurt. 19. Mai. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 353. (Pat. auf dem Transport nach der Anstalt gestorben. Sektion ergibt die Diagnose. Rupturstelle einmarkstückgross an der Plazentarinsertionsstelle und intraabdominale Verblutung; nur der Kopf des Kindes (I. Schädellage) liegt im Uterus, der ganze übrige Kindskörper und die Plazenta im interstitiellen Teil der Tuben entwickelt. Uterusmissbildung erscheint ausgeschlossen.)

89. Lacouture et Loubat, Tubenschwangerschaft. Soc. Obst. Bordeaux. July 1911. p. 394. Ref. The journ. of obstetr. and gyn. of the Brit. Empire. May. (Beschreibung 3 Fälle von Tubenruptur mit innerer Blutung. Die Blutungen in allen 3 Fällen waren sehr schwer, Verff. weisen besonders darauf hin, dass der Blutverlust im 3. Falle am grössten war, wo der Riss nur stecknadelkopfgross war. Im 2. und 3. Fall war die Blutung nicht so gross, obwohl der Riss ungefähr einen halben Zentimeter gross war.)

90. Ladinski, Treatment of tubal pregnancy. Journ. of amer. med. assoc. Sept.

91. Lambert, Oui et Prouvost, Récidive de la grossesse tubaire. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nov. Nr. 8. 892. (33 jähr. Frau. 1903 Entbindung im 8. Monat, 1904 linksseitige Salpingitis. 1905 2. Entbindung, 1908 3. Partus, beide normal. 1909 linksseitige Tubarschwangerschaft, Laparotomie, Rechten Adnexe o. B. 3 Monate später rechtsseitige Tubargravidität. Die Ätiologie dieser wiederholten Tubargraviditäten ist unklar, wahrscheinlich haben sich entzündliche Prozesse in beiden Tuben, in der linken mehr als in der rechten, abgespielt, trotzdem sind in der Zwischenzeit 2 normale Schwangerschaften zu verzeichnen.) In der Diskussion berichtet Oui über einen Fall, bei dem er die linke Tube wegen einer Extrauteringravidität entfernt hat, bei der nach einiger Zeit eine zweite Tubargravidität vorhanden war, die er aber konservativ behandelt hat, lediglich um der stark nervösen Frau nicht zu eröffnen, dass es sich wieder um eine ektopische Schwangerschaft handelt und bei ihr, die sich stark nach Kindern sehnte, nicht die Hoffnung einer neuen Schwangerschaft zu nehmen. — J. Vanverts et H. Paucot berichten über eine Frau, die sich 4 Mal abgetrieben hatte, das 5. Mal als die Periode ausgeblieben, hat sie sich ebenfalls wieder Seifenwasserinjektionen gemacht, doch kam es nicht zu so starken Blutungen wie sonst. Verf. schliessen daraus auf eine Extrauteringravidität, da sich sehr starke Schmerzen im Unterleib eingestellt hatten. Ein Jahr später hat sich die Pat. wieder derartige Injektionen zu Abtreibungszwecken gemacht, es kam zu schweren Erscheinungen im Unterleib und zur Operation, wobei eine Tubargravidität entfernt wurde. Die beiden Autoren sehen die Ursache der wiederholten

Tubargravidität in den durch die intrauterinen Injektionen hervorgerufenen Entzündungen in der Tube. Oui hat einen Fall beobachtet, bei dem nach einer normalen Geburt eine Frau sich abzutreiben versucht hatte, es kam zu einer kleinen Hämatocele nach Abgang einer Decidua, keine Operation. $^3/_4$ Jahr später erneuter Abtreibungsversuch. Platzen eiuer Tubargravidität. Bei der Laparotomie fand sich eine rechtsseitige Tubarschwangerschaft mit ausgedehnter Hämatocele und eine linksseitige Lactosalpinx, die herrühren soll von dem ersten Unterbrechungsversuch der Tubargravidität. Lefort, Oui, Bué.

92. *Landau, Th., Über einige seltene Ausgänge bei extra und intrauteriner Schwangerschaft. Hufelandische Ges. 14. März. Ber. Berliner klin. Wochenschr. Nr. 19. (a) Demonstration eines sehr seltenen Präparates von einer Drillingsschwangerschaft; ein Kind lebt, 2 in foeti papyracei seu compressi umgewandelt. b) Demonstration einer 6 monatigen mumifizierten Frucht, die sich in einer ungeplatzten Tube bei einer 24jähr. IIpara entwickelt hatte, über 6 Monate getragen und von L. Landau 1896 entfernt wurde. Glatte Rekonvaleszenz; 19 Tage p. op. geheilt entlassen. Röntgenbild. c) Demonstration eines 7 Monate alten Lithopädion (mit entsprechendem Röntgenbild), den Vortr. am 21. Juli 1911 operativ mit gutem Erfolg bei einer 38jähr. Ipara entfernt. Linksseitige rupturierte Tubargravidität. Ein bisher beschriebenes, sicher primäres intrauterines Lithopädion existiert noch nicht.)

93. Lewinskaja, E., Über Extrauteringravidität. Dissert. Bern 1911. Ref. Gyn. Helvet. Frühlingsausgabe. (In der Dissertation von Lewinskaja sind 34 Fälle von Extrauteringravidität der Berner Frauenklinik zusammengestellt. Nach dem Alter finden sich die meisten Fälle bei solchen Pat., die ein mittleres Alter erreicht, mehrmals geboren und gleichoft Unterleibsentzündungen durchgemacht haben. Die Prognose ist nur günstig bei operativer Behandlung, Mortalitätsprozent 6%, eine Pat. kam sehr spät mit Infektion in Behandlung. Der abdominale Weg bevorzugt mit Exstirpation des ganzen Fruchtsacks. Bei Hämatocelen wird der Douglas mit Jodoformgaze oder aseptischer Gaze austamponiert und der Gazestreifen durch das hintere Scheidengewölbe durchgeführt, nur bei starken Verwachsungen der Därme im Douglas wird der Streifen zum unteren Bauchwinkel herausgeführt. Laparotomie. 31 Fälle mit 2 Todesfällen. Kolpotomie 1 Fall. Resorptive Therapie in 5 Fällen. Ausführliche Krankengeschichten mit pathologisch-anatomischen Protokollen.)

94. Lindquist, Operative Behandlung der Tubargravidität. Hygiea Nr. 11. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 4. (Von 39 mit Laparotomie behandelten Fällen waren 9 Nulliparae, 9 Iparae, 10 IIparae, 11 Pluriparae. In 2 Fällen hatte sich die ektopische Gravidität wiederholt. In 30 Fällen war die Unterbrechung durch Abort erfolgt, in 7 durch Berstung der Tubarwand, in 1 durch Abort für 1 Ei, und Tubenruptur für ein 2. Ei. In 11 Fällen trat nach der Operation wieder Schwangerschaft ein, 9 mal intrauterin, 2 mal in der Tube.)

95. Lönnberg, J., Graviditas tubaria interstitialis sinistra rupta. Peritonitis purulenta diffusa. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d. Gesellsch. Schwed. Ärzte. Hygiea Nr. 9. (Silas Lindqvist.)

96. Löwit, Interstitielle Gravidität. Geb.-Gyn. Ges. in Wien. 13. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 50.

97. Luci, Reginald, H., Combined pregnancy. Journ. of obstetr. and gynaecol. of the British empire. Vol. 21, 3, 144. (25jähr. IIpara, die zwei gesunde Kinder am Ende der Schwangerschaft geboren hatte, bekam am 21. Nov. plötzlichen Schmerz im Abdomen, 22. Nov. 11 h. a. m. wieder plötzlicher Schmerz in der rechten Seite und schwerer Kollaps. Danach geringe Besserung bis 23. Nov. 7 h. p. m. ein 4 monatl. Föt ohne Plazenta abging. Das Abdomen wurde danach aufgetrieben und am Abend des 24. Nov. wurde wegen intraabdominaler Blutung laparotomiert, wobei die rechte geplatzte Tube mit einem 4 monatl. frei ins Abdomen hängenden Föt exstirpiert wurde. Die Patientin starb bei der Operation. Die Operation war erst 63 Stunden nach den ersten Erscheinungen einer intraabdominalen Blutung erfolgt, die wahrscheinlich verschlimmert war durch Platzen der Tube bei der Geburt des ersten Föt. Zusammenstellung der Fälle von kombinierter Schwangerschaft nach der Publikation von Weibel.)

98. Markoe, James W., A case of interstitial pregnancy. The amer. journ. of obst. April. p. 649.

99. — Case of interstitial pregnancy. Bulletin of Lying-in-Hosp. June. 8. 1. Ref. The

journ. of the amer. med. assoc. February 17. (Die Pat. hatte vor 5 Jahren Erscheinungen geboten, die auf eine geplatzte Extrauteringravidität hindeuteten. Sie war damals konservativ behandelt, 3 Jahre später machte sie eine normale Schwangerschaft durch, 2 Jahre später erkrankte sie nochmals an den Symptomen einer linksseitigen Extrauteringravidität, also auf der gleichen Seite wie vor 5 Jahren. Es wurde durch Laparotomie eine gänseeigrosse Tubargravidität entfernt. Interessant ist an dem Fall, dass zwischen den anscheinend sicheren Tubargraviditäten links sich eine normale Schwangerschaft intrauterin abgespielt hat.)

100. *Marvel, Emery, Significance of delayed operation in treatment of ectopic gestation. The american. journ. of obst. January.

101. *Mars, Einige Bemerkungen über die Frequenz und die Operationsresultate der Extrauterinschwangerschaft. Lwewski Tygodnik Lekarski. Nr. 22. p. 395. Polnisch. (v. Neugebauer.)

102. Matushima, Uterusblutung durch Schwangerschaftsblutung im interstiellen Teil der Tube. Med. Ges. Tokio. 29. 3. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 45. (32 Jahre alte Frau kam wegen Blutung aus der Scheide. Wegen der wiederholten grossen Blutungen wurde der ganze Uterus exstirpiert. Es fand sich als Quelle der Blutung am Übergangsteil des Fundus uteri in der Tube eine Zyste, die Amnion und Chorion enthielt, der Inhalt war schon resorbiert.)

103. Merkel, Friedr., Zwei Fälle von Extrauteringravidität. Ärztl. Verein zu Nürnberg 16. Nov. 1911. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 4. (Nach sechswöchentlichem Ausbleiben der Menstruation in beiden Fällen Ohnmacht, Hämatocele. Nach drei bis vier Wochen zugezogen wegen zweiten neuen schweren Anfalls, der beidemale fast zum Verblutungstode führte. Die Frucht hatte sich in beiden Fällen weiter entwickelt, einmal in der Tube, das andere Mal angesiedelt auf der Rückseite des Uterus.)

104. Milligan, Edward, T., A case of double tubal pregnancy. Journal of the amer. med. Assoc. 13. Jan. (29jähr. IVpara hatte nach drei glatten Entbindungen eine doppelseitige Tubargravidität im dritten Monat. Laparotomie, Heilung.)

105. — Doppelseitige Tubargravidität. Journ. of Amer. assoc. 13. Jan. Ref. Deutsche med. Wochenschr. (Mitteilung eines Falles von doppelseitiger geplatzter Tubargravidität. Heilung durch Operation.)

106. Mitsuoka, Z., Ein Fall von extremem Blutverlust bei Tubenruptur mit nachfolgender Psychose; zugleich über Psychosen nach gynäkologischen Operationen. Inaug.-Diss. München. Juli.

107. O'Nell, Ivan, Peculiar twin ectopic gestation. The Journal of the amer. med. assoc. Vol. 58. 7. (Zwillingsschwangerschaft der linken Tube im dritten Monat, die nur noch mit einer kleinen Partie an der linken Tube hing, im übrigen sich nach der Bauchhöhle und dem kleinen Becken entwickelt hatte. Patientin wurde unter dem Zeichen der geplatzten Tubengravidität eingeliefert.)

108. Neugebauer, v., Tentamen abortus provocandi aut deficiente graviditate uterina aut praesente extrauterina. Przeglad chirurg i ginekologiczny. Bd. 7. Heft 1. p. 60—118. Nach einem Vortrage in der Warschauer Ärztl. Gesellsch. am 4. Juni. (Ausführliche Arbeit mit Kasuistik von 72 Fällen mit 21 Todesfällen. 51mal handelte es sich um nicht schwangere Frauen, von diesen starben 15 [3 infolge Sublimatintoxikation, eine trotz Operation infolge eitriger Parametritis, eine infolge von Gewebsgangrän nach Einspritzung einer fressenden Flüssigkeit in das Gewebe zwischen Blase und Uterushals, 10 infolge von Peritonitis]. 21mal handelte es sich um Frauen mit verkannter Extrauterinschwangerschaft. Eine Frau starb ohne operiert worden zu sein; auf 19 Bauchschnitte starben 5 Frauen, eine Frau wurde vaginal operiert mit hinterer Kolpotomie; es wurden also von 20 operierten Frauen 15 gerettet. Im ganzen starben von diesen 21 Frauen 6. Die Arbeit eignet sich nicht zum eingehenden Referat, weil sie die ausführlich wiedergegebene Einzelkasuistik aus der Weltliteratur enthält. Verf. macht am Schluss darauf aufmerksam, ob nicht die tentamina abortus provocandi kurz nach ausgebliebener Regel eine Prädisposition abgaben für eine extrauterine Eiimplantation. Verf. wird dieser Frage demnächst in einer deutschen Arbeit näher treten.) (v. Neugebauer.)

109. *Novak. J., u. Porges, Azetonurie bei Extrauteringravidität und bei gynäkologischen Erkrankungen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 48. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 49.

110. Oliver, James, Ectopic pregnancy in the same patient in six month, necessitating two separate laparotomies. Brit med. journ. Dez. 23. 1911. Ref. Journ. of obst. and gyn. of the brit emp. January.

111. Outerbridge, Decidua formation in the omentum in secondary abdominal pregnancy. Journ. of amer. med. Assoc. 31. August. (In einem Falle von sekundärer Bauchschwangerschaft bei einer 20jährigen Ipara fand Verf. im Omentum deciduaähnliche Bildungen, wie sie am genauesten von Penkert beschrieben sind. Outerbridge glaubt, dass diese Bildungen bedingt sind durch ein vom Ovarium ausgehendes Hormon und dass, da diese Dinge höchst selten vorkommen, mechanische Reize auf das Netz noch eine besondere Rolle spielen.)

112. Pabst, Demonstration einer jungen Tubargravidität, gewonnen gelegentlich einer akuten Appendizitisoperation. Freie Vereinigung mitteldeutscher Gynäkologen. 28. IV. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29.

113. Pankow, Über Spätblutungen bei Tubargravidität. 84. Versammlung deutscher Naturforscher u. Ärzte. Münster. Ref. Therapie der Gegenwart. November. (Bericht über 3 Fälle, bei denen einmal nach 2¼ Monaten, zweimal nach 3—4 Monaten und bei ständig palpatorisch nachgewiesener Rückbildung des Tubentumors und der Hämatocele plötzlich eine schwere Rupturblutung eintrat. Solche Blntungen sind deshalb prognostisch günstiger, weil durch die vorhandenen Veränderungen der Bauchhöhle eine Art Schutzdach entstanden ist, das die Blutung in die freie Bauchhöhle verhindert. Man soll deshalb auch die einfache Hämatocele operieren. In der Diskussion sprechen sich auch Schickele und Bauer für die Operation aus. Letzterer auf Grund von 484 Fällen der letzten 20 Jahre der Klinik Schauta mit 3,3 % Mortalität, in einem Falle wurde, ohne dass Beschwerden, die für eine Extrauteringravidität sprachen, bestanden, auf Grund osteomalacischer Beschwerden die Diagnose gestellt. Falk will solche Fälle, bei denen der Fruchttod in den ersten Wochen der Schwangerschaft ohne ernstere Symptome und ohne grösseren Blutverlust eingetreten, nicht operieren. Mayer ist für unterschiedsloses Operieren, ebenso Schauta, da die Beschwerden, die von zurückgebliebenen Tumorresten entstehen, häufig so schwer sind, dass dieselben noch nach längerer Zeit die Operation notwendig machen.)

114. Paskiewicz, S., Ein Fall von ausgetragener Extrauteringravidität. Zentralbl f. Gyn. Nr. 4. (38jährige Frau, die schon 3 normale Geburten durchgemacht hatte. Letzte Menstruation Mitte Januar 1908, Blutung Mitte März von ungefähr zweimonatlicher Dauer. Operation abgelehnt. 25. Oktober starke Blutung mit wehenartigen Schmerzen rechts im Leib und Erbrechen. Ungleichmässiger Tumor rechts aus dem Becken hervorragend, oberer Rand 2—3 Finger breit unterhalb des Rippenbogens. Herztöne noch hörbar. Operation wieder abgelehnt. Nach einem Monat Aufnahme in die Gebäranstalt. Uterushöhle leer. Hohe Temperatur und schlechter Puls. Der Fruchtsack war mit der vorderen Bauchwand verwachsen. Entleerung der Frucht und stinkenden Fruchtwassers, teilweise Entleerung des Fruchtsacks und der am Uterus angewachsenen Plazenta, Vernähung mit der Bauchwand, Tamponade. Frucht mazeriert, 56 cm lang, nach 2 Tagen Exitus an Peritonitis. Im Fruchthalter wurde Muskelgewebe nachgewiesen, also wahrscheinlich Tubenschwangerschaft oder Gravidität im Doppelhorn des Uterus. Literaturübersicht der von 1904—08 in der Zeitschrift für „Geburtshilfe und Frauenkrankheiten“ [St. Petersburg] beschriebenen Fälle von Extrauteringravidität der späteren Periode.)

115. *Pégaitaz, H., La grossesse utero-tubaire. Diss. Genève. 1911. Gynäkologia helvetica. Frühlingsausgabe. (41 jährige Frau im 6.—7. Monat der Schwangerschaft klagt plötzlich über Schmerzen. Bettruhe. Am nächsten Morgen Geburt eines mazerierten Föt. ½ Stunde vergeblicher Versuch, die Plazenta zu exprimieren. Nach einer Stunde weiterer vergeblicher Versuch, die Hand kann nicht in die Uterushöhle eindringen. In der Maternité Genf gelingt es ebenfalls nicht, an die Plazenta heranzukommen. Deshalb Hysterektomie, Tod an Peritonitis 5 Tage nach der Operation. Makroskopisch sieht man am Uterus eine Protuberanz links oben. Aufgeschnitten zeigt sich, dass im Uterus zwei Höhlen bestehen, die durch eine Leiste voneinander getrennt sind. Die Plazenta sitzt in der oben angedeuteten Protuberanz links, die eigentliche Uterushöhle ist frei. Für die utero-tubäre Schwangerschaft spricht ferner das Rugesche Zeichen. Verf. berichtet dann noch über 30 klinische Fälle der Literatur und 10 anatomisch beschriebene.)

116. Péraire, Trois cas de grossesse extrautérine. Guérison. Soc. des Chir. de Paris. 8. Nov. Ref. La Presse méd. Nr. 97. 986. (Operation einer linksseitigen geplatzten Schwangerschaft ohne Anästhesie und Assistenz bei einer ausgebluteten und moribunden Frau, bei der bereits ein anderer Chirurg wegen dieses Zustandes die Operation abgelehnt hatte. Heilung. II. Exstirpation des fibromatösen Uterus und der Adnexe. III. Fall: Exstirpation der Tuben unter Zurücklassung der Ovarien.)

117. Perazzi, Contributo allo studio della rottura della tromba gravida per erosione. Beitrag zum Studium der Ruptur der schwangeren Tube durch Erosion. La Ginecologia, Firenze. IX. fasc. 5. (Artom di Sant' Agnese.)

118. Pernice, Ludwig, Über Zwillingsschwangerschaft mit heterotopem Sitz der Früchte. Deutsche med. Woch. Nr. 7. (Den bisher bekannten 193 Fällen fügt Pernice einen neuen hinzu, bei einer Erstgeschwängerten, die je einen 10,5 cm langen männlichen Föt im Uterus und in der Tube getragen hatte; letztere war geplatzt. Heilung durch Operation, am selben Tage noch uteriner Abort. Die ins Abdomen ergossene Blutmenge war ausserordentlich gross, ein Befund, der durch die übermässige Blutfülle der Organe infolge der gleichzeitig bestehenden intrauterinen Schwangerschaft zu erklären ist. Für die Entstehung der extrauterinen Gravidität in diesem Falle kommen verschiedene Momente in Betracht; vorhandene Tubenerkrankungen (Gonorrhöe) und peritubare Adhäsionszustände, ferner die durch die Ansiedlung des intrauterinen Eies bedingte Schleimhautdurchtränkung der Tube und endlich ev. Antiperistaltik. Erörterung der Notwendigkeit der Operation, sobald nur Verdacht auf extrauterine Schwangerschaft besteht.)

119. Plauchu, Grossesse extrautérine avec fétus vivant. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nov. Nr. 8. 904. (Nach einer Sterilitätsperiode von 8 Jahren wurde eine 26 jährige Frau extrauterin schwanger in der rechten Tube. Im 2. Monat drohender Abort und wohl Ausschlüpfen eines Teiles des Eies aus dem Ostium ext. der Tube. Das Ei entwickelte sich dann weiter auf dem ampullären Teil der Tube, intraperitoneale Hämorrhagie, die Ruptur hat sich nur auf den Tubensack erstreckt, während das Ei intakt geblieben ist und sich weiter entwickelt hat. Laparotomie und Annähung des Sackes an die äussere Haut wegen schwerster Blutung bei dem Versuche den Sack in toto zu entfernen. Am kindlichen Schädel eine Deformation, er schien durch eine Furche in zwei Hälften geteilt, ohne sonstige Missbildung, bedingt durch Einkeilung des Hinterkopfes ins kleine Becken, Klumpfüsse. Heilung nach 4 Wochen.)

120. Pliochtscheke, Zur Frage über die Extrauteringravidität und Zwillingsschwangerschaft mit heterologer Entwickelung der Früchte. Therapeutitsch. Obosren. Nr. 9. (H. Jentter.)

121. Potier, F., und Bazy, L., Geplatzte Tubenschwangerschaft bei gleichzeitiger uteriner Schwangerschaft. Bull. et mém. de la soc. anatom. de Paris. Nr. 13. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36. (Bei einer 37 jährigen Frau, die vor 11 Jahren einmal geboren hatte, letzte Regel 4. Nov. 19. Dez. blassroter Ausfluss. Einige Tage später heftige Leibschmerzen und Blutverlust; bis 11. Januar Schmerzanfälle und zuweilen Blutungen. An diesem Tage Fehlgeburt. Ausstossung eines $3\frac{1}{2}$—4 cm langen Föt. Schmerzen bestehen weiter. Am 29. Januar Uterus noch vergrössert, beide Tuben, besonders die linke, schmerzhaft. Annahme einer chronischen doppelseitigen Salpingitis. Nächsten Tag Attacke, Erbrechen, Auftreibung des Leibes und Schmerzen. 23. Februar erneuter Anfall. Starke Vergrösserung der linken Tube. Annahme einer Hämatosalpinx, Laparotomie 29. Februar. Reichliche Blutkoagula und frisches Blut in der Bauchhöhle. In der linken Tube geplatzte Eihöhle, aus der die untere Hälfte eines $3\frac{1}{2}$ monatlichen Föt herausragt, während Kopf und Thorax noch in der Tube stecken. Uterus dick, rechte Adnexe verwachsen. Subtotale Hysterektomie, Heilung.)

122. Preiss, Doppelseitige gleichzeitige Tubargravidität — Präparate von doppelseitigen Tubenhämatomen —, die er, obwohl bei mikroskopischer Untersuchung des einen nur Eiteile gefunden, als doppelseitige gleichzeitige Tubargravidität anspricht. II. Fall gleichzeitiger extra- und intrauteriner Gravidität. die allerdings von Asch in Zweifel gezogen wird, da die Entleerung von aashaft stinkendem Blut aus dem Mastdarm nicht notwendig als Durchbruch einer Hämatocele gedeutet werden dürfte.) Gyn. Ges. zu Breslau. 31. X. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 3.

123. Prochownik, Frische Eileiterschwangerschaft. Demonstration Geburtsh. Ges. zu Hamburg, 30. April. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47.

124. *Puppel, Wiederholte Tubargravidität. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. H. 2.

125. Pujkewitsch; Ein seltener Fall von fast ausgetragener Extrauteringravidität. Wratsch. Gaz. Nr. 9. (Bei der 30jährigen VIpara wurde im 8. Monat die lebende Frucht per laparotomiam extrahiert; nachdem vor 5 Tagen der Fruchtsack geborsten war. Tod 3 Stunden nach der Operation. (H. Jentter.)

126. Ramos, A. Peralta, Abtreibungsversuche bei Extrauteringravidität. Révue de la clin. obst. et gynécol. Mai-Juniheft. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11. 1913. (32jähr. Frau, 7 normale Geburten. Nach Ausbleiben der Periode lässt sie sich den Uterus durch eine Hebamme sondieren, ohne Ergebnis. Wiederholung desselben Eingriffs nach dem 2. und 3. Ausbleiben der Menses. Beim letzten Mal Schmerzen im Unterleib, Abgang von Blut und Membranen. 6—7 Tage später Erkrankung unter dem Bilde der Peritonitis. Nach Aufnahme in die Klinik 8 Tage später in der linken Fossa iliaca ein unregelmässiger Tumor nachweisbar. Laparotomie ergibt eine abgekapselte Höhle, aus der sich Eiter und vereiterte Blutkoagula entleeren mit einer Plazenta, die der linken Tube anliegt. Kein Föt, Drainage, Heilung.)

127. Récamier et Petit, Dutaillis, Extrauterinschwangerschaft und Hämatosalpinx. La Gynécologie. Februar.

128. *Richter, Die primäre Abdominalgravidität. Arch. f. Gynäkologie. Bd. 96. p. 461 bis 496. (22jährige Frau mit der Diagnose „geplatzte Extrauteringravidität" eingeliefert. Letzte Menses 22. April 1911 schwächer als sonst. Periode sonst immer regelmässig. Am 23. Mai Stechen im Unterleib, Brechreiz, Schwindel etc. Bei der Laparotomie fand sich viel freies Blut in der Bauchhöhle, auf dem Tuben und Ovarien schwammen. Tuben und Ovarien waren vollkommen intakt, am rechten Ovarium ein sprungreifer Graafscher Follikel. Im Douglas, an der linken Seite nahe am Lig. sacro-uterinum fand sich auf dem Mastdarm ein kleines weisses Bläschen von kaum Kirschgrösse, das rings von einem aus frischen Blutgerinnseln bestehenden Hof umgeben war. Auslösung mit Parietalserosa bis zur Muskularis des Mastdarms. Das Ei hatte einen Längendurchmesser von 10 mm, der Embryo ohne Chorionzotten eine Länge von 6 mm, eine Breite von 4 mm. Genaue Beschreibung der mikroskopischen Bilder. Das Alter des Eies wird auf 30—35 (34) Tage berechnet.)

129. Rosenstein, Freier Bluterguss bei Uterusmyom und Ovarialdermoid in der Bauchhöhle. Breslauer Gyn. Ges. 27. II. Ref. Deutsche med. Woch. Nr. 28. (An Stelle der vermuteten Tubargravidität fand sich ein freier Bluterguss bei Myom und Ovarialdermoid.)

130. Rossier, G., Ein Fall von Chorioepithelioma malignum der Tube infolge von Extrauterinschwangerschaft. Arch. f. Gyn. Bd. 97. 366—379. (23jährige Frau, die bisher immer regelmässig menstruiert war, 5—6 Tage lang. Mit 20 Jahren eine normale Entbindung. Letzte Regel vom 15.—20. Juli 1911. In der nächsten Zeit Schwindel. Erbrechen morgendlich. Anfang August 3 Tage bräunlichen Ausfluss, 29. August ganz plötzlicher Schmerz auf der rechten Unterleibsseite mit tiefer Ohnmacht, nächsten Tag Temperatur 40. Am 31. August eitriger Ausfluss aus der Vagina. Im Laufe des Oktober wieder heftige Unterleibsschmerzen. 10.—20. Dez. Nasenbluten. 14. Dez. plötzlich heftiger Stuhldrang, Entleerung von 2 Nachtgeschirren voll dunklen, mit Blutklumpen gemischten Blutes per rectum. Danach fühlte sich Pat, wohler, aber sehr schwach. Temperatur 36,4, Puls 140. Seit 4 Monaten 40 Pfund Gewichtsverlust. Hglb. 18%. Die untere Hälfte der Bauchhöhle war fast vollkommen durch einen weichen Tumor ausgefüllt, das vordere Scheidengewölbe, sowie der Douglas durch einen weichen Tumor vorgewölbt. Wegen starker Schwäche wurde von einer Operation Abstand genommen. Pat. starb nach 14 Tagen. Bei der Sektion fand sich ein über mannskopfgrosser Tumor, der überall verwachsen war, sowie reichlich Blut in der Bauchhöhle. Genaue Beschreibung des Sektionspräparates und der mikroskopischen Besonderheiten. Der Tumor stellte sich als typisches Chorioepitheliom heraus. Nach einer Zeit der Pause nacb dem Platzen der rechtsseitigen Extrauteringravidität ist dann ein sehr schnelles Wachstum des Tumors eingetreten. Literaturzusammenstellung.)

131. Rouville et Delmas, Grossesse extrautérine tubaire gauche de 4 mois; hémorrhagie intrapéritonéale par fissure tubaire; hémostase spontanée; intervention 10 jours plus tard: Guérison. (Im vorliegenden Falle wurde drainiert. Rouville ist im allgemeinen kein besonderer Freund der Drainage nach Laparotomien. Er ist nur geneigt zu drainieren bei unstillbaren, aber wenig ausgedehnten Blutungen gegen

Ende der Operation und bei alten Hämatocelen, bei denen das Blut nicht zum allergrössten Teile entfernt werden kann.)

132. Rubin, J., Ganz junges Ei in einer schwangeren Tube. Proceedings of the New York path. soc. N. S. Vol. XII. Nr. 3—4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51. (Im Isthmus der Tube ein ganz junges Ei von 14 Tagen, als Ursache fand er eine ungewöhnlich starke Entwickelung der Muskulatur, die zu einer Einengung des Lumens und so rein mechanisch zu einem Passagehindernis für das Ei geführt hatte.)

133. — Ein Fall von Ovarialschwangerschaft. Proceedings of the New York path. soc. N. S. Vol. XI. 5—6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. (24 jährige, vor 2 Jahren entbundene Frau erkrankte unter den Zeichen einer Bauchschwangerschaft. Die Operation ergibt sichere Schwangerschaftsreste im linken Ovar, Chorionzotten unter der Rinde und typische Deciduazellen auf der Oberfläche. Beide Tuben ohne deciduäre Reaktion, Im gegenüberliegenden Ovar eine Theka-Luteinzyste.)

134. Runge, E., Extrauteringravidität und ihre Behandlung. Berlin. klin. Wochenschrift. Nr. 46.

135. Sambalino, Di un caso di Mola ematomatosa tubarica. Soc. Toscana di Ostetricia e Gin. 11. Dez. 1910. Ref. Revue de Gyn. Tome XVIII. Nr. 4. (Fall von Hämatommole der Tube, mit alten entzündlichen Veränderungen an der Tube, die für die Tubenschwangerschaft, sowie auch für die Entstehung der Mole verantwortlich gemacht werden.)

136. Sauers et Daels, Utérus bicorne à grossesses multiples. Commun. à l'académie royale de méd. de Belgique, séance du 30. Sept. 1911, dans le Bull. de l'académie. 4. s. t. 30. XXXV. Ref. La Gyn. Mars. (27 jährige Frau, Mutter eines $2^1/_2$ jährigen Kindes, wurde am 9. September 1910 wegen eines Uterus bicornis operiert. Im rechten Uterushorn mit normalem Ansatz der Tube und des Ovariums fand sich ein lebender Föt von 6 Monaten. Im linken atretischen und rudimentären Horn fand sich ein wahrscheinlich am Ende der Schwangerschaft seit 11 Monaten abgestorbener Föt und ein anderer von $2^1/_2$ Monaten mumifiziert und abgeplattet in der Tiefe der Wand. Die beiden Hörner waren durch einen kompakten muskulösen Stiel verbunden, ohne Spuren einer frischen und alten Kanalisation. Die Operation bestand in Abtragung des linken Horns mit dem Stiel und Peritonisierung des Stumpfes. Die Frau kam am 30. Nov. 1910 wieder mit einem Mädchen nieder. Aus der genauen Untersuchung des linken Horns ergab sich, dass der Tumor aus einer dicken muskulären Uterusmasse bestand, am Stiel kein Zentralkanal nachzuweisen war, ebensowenig Mukosa, Submukosa und Decidua. Das 7 cm lange am äusseren unteren Teil des Tumors sitzende Ovarium zeigte einen gelben Körper. Das befruchtete Ei kam von dem dem rudimentären Horn korrespondierenden Ovarium; die Spermatozoen hatten, um dahin gelangen zu können, den Weg durch die rechte Tube über das Peritoneum hinweg nehmen müssen. Die Tube drang an der Hinterfläche in das Uterusgewebe ein, gegenüber der Plazentarstelle an der unteren Fläche des Horns. [Insertio velamentosa.] Gute Illustration des Falles.)

137. Scholl, Extrauteringravidität im rechten Tubenstumpf, 4 Jahre vorher Exstirpation der rechten Adnexe wegen Tubargravidität. 2. Präparat von gleichzeitiger Extra- und Intrauteringravidität im 5. Monat mit lebenden Früchten, aus technischen Gründen totalexstirpiert. Fränkische Ges. f. Geb. f. Geb. u. Gyn. 11. Nov. 1911. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 1.

138. Schumann, Cornual pregnancy. Delivery through vagina. Amer. journ. of obstetr. April. Ref. The brit. med. journ. 14. Sept. (32 jährige Arztfrau, die zwei Fehlgeburten und zwei normale Geburten, eine davon mit instrumenteller Beendigung, durchgemacht hatte. Bei der 5. Entbindung gebar sie angeblich aus dem rechtsseitigen Horn, das sehr schwach ausgebildet war und vom Verf. als der uterine Teil der Tuba Fallopii angesehen wird. Das rudimentäre Uterushorn war nur durch eine dünne Scheidewand von dem Hauptuterus getrennt, beide hatten eine gemeinsame Cervix. An der Plazenta war ein lang ausgezogener Teil zu sehen, den Schumann als den Teil ansieht, der sich in der Tuba angesiedelt hat. ?!)

139. Schwarzwäller, Eine Tubargravidität von ausserordentlich geringem Umfang. Wissenschaftl. Verein der Ärzte zu Stettin. 3. Sept. Ref. Berliner klin. Woch. Nr. 44. (Die Tube ist an einer Stelle etwa auf Erbsengrösse angeschwollen und eingerissen, hieraus fast tödliche Blutung. Schwierigkeiten der Diagnose in den ersten Monaten werden erörtert, empfiehlt die Punktion des Douglas.)

140. Seitz, Rupturierte Schwangerschaft im Nebenhorn des Uterus. Fränk. Ges. f. Geb. u. Gyn. 11. Nov. 1911. Ref. Münch. med. Woch. Nr. 1.

141. Serebrenikowa, Olga, Ein Fall von Eierstocksschwangerschaft. Archiv f. Gyn. Bd. 98. H. 3. (Das Präparat stammt von einer 22jähr. Frau, die bereits 3mal normal geboren hatte. 14. Dezember 1911 hörte sie mit Stillen auf. 3. Januar 1912 trat zum ersten Male die Periode wieder auf. Am 22. Januar erkrankte sie unter plötzlichen heftigen Schmerzen, Wehen, Ohnmacht etc. Diagnose: Innere Blutung. geplatzte Tubargravidität. Bei der Laparotomie viel freies Blut in der Bauchhöhle. Am rechten Ovarium eine ausgefranste Höhle mit eingefallenen Wänden und hartem Grunde, bedeckt mit geronnenem Blute. Abtragung der rechten Adnexe, die mikroskopische Untersuchung des rechten Ovars ergab Reste einer Ovarialschwangerschaft, Zotten etc. Die Befruchtung des Eies ist nach der genauen Untersuchung nicht in der Höhle des Corpus luteum vor sich gegangen. sondern es wurde zurückgehalten in den Falten der geplatzten Follikelwand, möglicherweise wurde dies befördert durch die gebogene oder schiefe Form des Risses. Die Befruchtung ist wahrscheinlich durch die nicht vollkommen geschlossene Öffnung des nicht zusammengefallenen Follikels erfolgt. Das Ei ist dann in die anliegende bindegewebige Wand des Corpus luteum, unter und in die Albugineaschicht hineingewachsen, und immer weiter in das Ovarialgewebe. Serebrenikowa nimmt dabei einen direkten zerstörenden Einfluss des Eies an, durch den an einer Stelle die Wand des Eies zerstört und unter der Einwirkung des Innendrucks dann weiter zerrissen ist.) Nach den Untersuchungen und Folgerungen aus der Literatur unterscheidet Serebrenikowa 3 Kategorien der Eierstocksschwangerschaft: 1. das Ei siedelt sich im Graafschen Follikel bezw. im Corpus luteum an (K. v. Tussenbroeck, M Ilroy und Kelly, Boesebeck). 2. Das Ei entwickelt sich epiovarial (Schickele, Franz, Busalla). 3. Das Ei dringt in das Stroma des Ovariums, wo es sich entwickelt (Muro Kerr, Hewsson und Lloyd). Das Serebrenikowasche Ei hat sich im Graafschen Follikel entwickelt.)

142. Sołowij, Demonstration einer Reihe von Präparaten von Extrauterinschwangerschaft. Sołowij lenkt dabei die Aufmerksamkeit auf ein Symptom behufs Frühdiagnose, welches sich ihm in 2 Fällen als stichhaltig erwies. Wenn eine Adnexschwellung entdeckt ist und das Cavum Douglasii leer erscheint, aber in einigen Tagen der Beobachtung sich auch nur die geringste Veränderung in der Tastresistenz bezüglich des Cavum Douglasii zeigt, so ist dies als Prodromalsymptom der inneren Blutung aufzufassen, es ist eben schon etwas Blut in das Cavum Douglasii gesickert. Sołowij hat zweimal operiert, indem er sich nur auf dieses eine Zeichen stützte, welches ihm in der Vermutungsdiagnose einer extrauterinen Schwangerschaft zu Hilfe kam, die sich im übrigen nur auf die einseitige Adnexschwellung nebst unregelmässigen Blutungen stützte. Auch eine italienische Klinik hat bereits den Wert dieses Anzeichens konstatiert. In einem Falle passierte ihm ein diagnostischer Irrtum. Er vermutete eine Ectopica, traf aber auf eine Parovarialzyste mit Stieldrehung um 540 Grad und akute peritonitische Reizung. Einen ähnlichen Fehler machte er im verflossenen Jahre. Der Kranken schadet ja der diagnostische Irrtum des Arztes hier niemals, da die Laparotomie doch unvermeidlich ist. Ist einmal extrauterine Schwangerschaft konstatiert, so sind doch heute die weitaus meisten Operateure für sofortige Operation, es sei denn, dass es sich schon um eine alte Hämatocele handelt, bei der Viele die abwartende Therapie vorziehen. Sołowij gehört jedoch nicht zu den letzteren, da selbst die ältere Hämatocele keineswegs die Gefahr einer neuen lebensgefährlichen Blutung ausschliesst. Es wurden bisher 160 Laparotomien auf der Abteilung binnen 2 Monaten ausgeführt, das aus verschiedenen Indikationen, ohne einen Todesfall. Das ist der beste Beweis, das die Laparotomie der Weg ist, welcher die wenigsten Gefahren mit sich bringt. Lwowski Tygodnik Lekarski. Nr. 31. p. 556. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)

143. *— Frühsymptom der Extrauteringravidität. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5.

144. *Sonnenfeld, Intakte Tubargravidität trotz intrauterinen Eingriffs und wiederholter bimanueller Untersuchungen nebst Bemerkungen zur Diagnose der Tubargravidität. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. H. 2.

145. Späth, Schwangerschaft in einem Uterusdivertikel. Geb. Ges. zu Hamburg. 5. März. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. (28jähr. Frau, 1. Entbindung 4 Aborte. Letzte Menstruation 10. September 1911. 15. Dezember heftige Schmerzen, einige Tage vorher schon heftiger Schmerzanfall und Erbrechen, 16. Dezember Reposition

des retroflektierten graviden Uterus in Narkose, derselbe zeigt hinten rechts eine auffällige Aussackung. Pessar. Wohlbefinden. Im Januar häufige Blutungen, da der Uterus keine Zunahme erfährt, angenommen, dass die Frucht abgestorben. 6. Februar Laminaria. 7. Februar Untersuchung in Narkose, Sonde geht nach rechts in unbegrenzte Tiefe. Annahme einer Ruptur des Sackes, da sich derselbe bei der Betastung verkleinert. Laparotomie, Blut in der Bauchhöhle, der Uterus zeigt nach rechts hinten ein mannsfaustgrosses Divertikel, aus dem ein plattgedrückter Föt nach der Bauchhöhle ausgeschlüpft ist. Exzision des oberhalb des Abgangs der Tube gelegenen Tumors, Übernähung. Ätiologie dunkel.)

146. Späth, Walnussgrosse interstitielle Tubargravidität. Geburtshilfl. Ges. zu Hamburg. 5. März. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22.

147. — Die Präparate zweier Tubengraviditäten. Geburtshilfl. Ges. zu Hamburg. 26. Nov. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5. 1913. (a) 36jähr. Pat., die schon einmal wegen Tubargravidität operiert war und gleichzeitig Appendektomie. Menses waren 14 Tage über die Zeit ausgeblieben, plötzlicher Schmerzanfall. Weder Narkosenuntersuchung noch Abrasio sicherten Diagnose, Probepunktion des Douglas entleerte Blut. Laparotomie, Tubenexstirpation wegen Tubargrav. b) 4 Jahre lang steril verheiratete Frau, bei der die Menses 7 Wochen ausgeblieben waren. Plötzlich auftretende Schmerzen links. Temperatur 38,2. 46000 Leukozyten. Punktion des Douglas frisches Blut, bei der Laparotomie fand sich nur ein Esslöffel frisches Blut im Douglas. Am Tage nach der Operation Abfall der Leukozyten auf 13000. Die Zählung der Leukozyten ergibt nicht immer klare Resultate, dagegen ist die Punktion des Douglas empfehlenswert. (Diskussion.)

148. Sserebrjakowa, Ein Fall von Eierstockschwangerschaft. Journ. akusch. i shenk. bol. Novemb. Sitz. d. geb.-gyn. Gesellsch. zu St. Petersb. (H. Jentter.)

149. Stark, Ektopic gestation in an anomalous tube. The journ. of amer. obst. Sept. S. 469.

150. Staude, Zur Schwangerschaft in einem Uterusdivertikel. Frauenarzt, H. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26. (Verf. bespricht 2 sehr seltene Fälle, bei denen er am Ende der Schwangerschaft wegen Verdachts auf Extrauteringravidität bei bestehendem hohen Fieber und bereits abgestorbenen Kindern laparotomierte. Es handelte sich in beiden Fällen um einen mit der Bauchwand fest verwachsenen und von Muskulatur und Peritoneum gebildeten Fruchtsack mit Kind und Plazenta. In einem Fall gelang es, das Kind und die Plazenta zu entfernen und durch Tamponade des Fruchtsackes Heilung zu erzielen, der andere Fall verblutete wegen Unmöglichkeit der Entfernung der Plazenta. Durch die genaue Untersuchung gelang es, nachzuweisen, dass es sich um ein Divertikel des Uterus handelte, Tuben und Ovarien waren nicht beteiligt, erstere liessen sich intakt durch den Uterus in ihrem interstitiellen Teil nachweisen. Als Ursache des Divertikels sieht er eine Rarität im Fundus oder eine frühere nicht penetrierende Verletzung vielleicht gelegentlich einer Curettage an.)

151. *Stillwagen, Charles A., The treatment of ectopic pregnancy. The americ. journ. of obst. January. (Bericht über 14 Fälle von Extrauterinschwangerschaft und einen Fall von Lithopädion. Die Pat. wurde wegen Schwangerschaftserbrechen aufgenommen, bei der vaginalen Untersuchung der auf 4 Monate angenommenen Gravidität ergab sich, dass man rechts vom schwangeren Uterus eine deutlich palpable Masse fühlte, in der fötale Kopfknochen zu tasten waren. Vor 6 Jahren hatte Pat. ihre Menses verloren, eine Vergrösserung ihres Leibesumfanges und subjektive Schwangerschaftsymptome wahrgenommen. Nach 6 Monaten war die Periode wieder eingetreten und alle Graviditätssymptome verschwunden. Aus dieser Anamnese und dem Palpationsbefund wurde die Diagnose Lithopädion gestellt. Bei der Laparotomie wurde im rechten Lig. lat. ein ca. 5—6 Monate alter Föt gefunden.)

152. Strina, 11 casi gravidanza extrauterina operati nella clinica di Novara. 11 in der Klinik zu Novara operierte Fälle von Extrauterinschwangerschaft. La Ginecologia. Firenze, IX. 14. (Nach einigen klinischen Erwägungen berichtet Verf. besonders über die histologischen Befunde seiner persönlichen Fälle. Die bedeutendsten dieser Befunde sind: die beständige Entzündung der Adnexe der entgegengesetzten Seite, sowie die Tatsache, dass in der schwangeren Tube sich keine wahre deciduale Reaktion zeigt und sowohl die Vera wie die Reflexa fehlt.)

(Artom di Sant' Agnese.)

153. Strohbach, Tubargravidität mit $2\frac{1}{2}$ monatigem intaktem Föt, rechte Tube Hydrosalpinx. Demonstration Gyn. Ges. Dresden, 18. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25.
154. — Tubenruptur bei Extrauteringravidität im proximalen Ende und Bildung einer Kapselhämatocele. Diagnose vorher: Ovarialtumor. Demonstration Gyn. Ges. zu Dresden, 21. März.
155. Suwalski, Sladislaus, Über Verdoppelung des Uterus mit besonderer Berücksichtigung des Uterus bicornis unicollis. Inaug.-Diss. München 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. 1913.
156. Thélin, Ausgetragene extrauterine Schwangerschaft. Révue méd. de la Suisse romande Nr. 6.
157. *Trabes, J. A., Eileiterschwangerschaft. St. Pauls med. journ. Dec. Ref. Zentralblatt f. Gyn. Nr. 20. 1913.
158. Vanverts et Paucot, Volumineux hémato-salpinx par rupture de grossesse tubaire. Bull. de la soc. d'obst. de Paris. Nr. 9. 1911.
159. *Vautrin, Considérations sur trois nouveaux cas de grossesse extrautérine double. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nov. Nr. 8. 944. (Bericht über 3 Fälle von doppelseitiger Extrauterinschwangerschaft. Im ersten Fall bestand bei einer III para nach 8jährigem kinderlosem Intervall, nachdem vorher zwei normale Entbindungen stattgefunden, links eine vereiterte Hämatocele und rechts eine ungeplatzte Tubengravidität. Die Infektion der ersteren war dadurch entstanden, dass auf dem durch die linke Tube und den Uterus laufenden blutigen Ausfluss die Infektionserreger eingedrungen waren. Der dritte Fall ist durch Laparotomie nicht sicher gestellt.)
160. *Vautrin, Tubal abortion with excessive Haemorrhage. La Gynécol. Nov. 1911. Ref. Journ. of obst. and gyn. of the brit. emp. January.
161. *Wagner, Arthur, Zur Behandlung der geplatzten Extrauteringravidität mit freier Blutung. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 31.
162. Woizechowsky, Ausgetragene Extrauteringravidität. Démonstration. Journal akusch. i shensk. bol. März. Sitzungsber. d. geb.-gyn. Ges. zu St. Petersburg. (H. Jentter.)
163. Worall, Ralph, A case of cornual pregnancy. Australasian Med. Gaz. March. 16. Ref. The journ. of obst. a gyn. of the British Empire, May. (Fall von einer Hornschwangerschaft, Worall weist darauf hin, dass die Diagnose unmöglich ist, wenn nicht der schwangere Sack deutlich vom Uterus abzugrenzen ist. Bei den Gefahren, die eine solche Schwangerschaft bietet, soll immer operiert werden. Der ideale Vorgang ist, den Uterus intakt zu lassen, wenn das nicht möglich, ist die Entfernung des Uterus nicht zu umgehen.)
164. Wyatt, Bernard L., Ruptured tubal pregnancy with operation. The journ. of the americ. med. association. April 27.
165. Yeager, Frank N., A case of ectopic gestation at full term with foetus carried in abdomen for thirty-five years. Journ. of amer. med. assoc. 10. August. (Im Jahre 1877 bekam Pat. am Ende der Schwangerschaft starke Schmerzen und Beschwerden im Unterleib, die auf Opiate und Bettruhe allmählich zurückgingen, mannigfache Untersuchungen konnten zu einer richtigen Diagnose nicht führen. 1896 bekam die Pat., die bis dahin ihre Arbeit versehen hatte, Aszites, der wiederholt abgelassen wurde. Sie starb dann an einer Apoplexie. Bei der Sektion stellt sich der in der Überschrift erwähnte Befund heraus, in einer derben Kapsel ein ausgetragenes weibliches Kind, vollständig mumifiziert, von der Plazenta war nichts nachzuweisen, sie war resorbiert.)
166. *Zeitlin, 106 Fälle von operativ behandelter Extrauteringravidität. Wratsch. Gaz. Nr. 45—47. (H. Jentter.)
167. Zinsser, Abtreibungsversuch bei Extrauteringravidität. Gesellsch. d. Charitéärzte. 5. Dez. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 3. 1913. (Eine 32jähr. Pat. machte sich, nachdem die Menstruation etwa 8 Tage überfällig war, mit einer Ballonspritze mit Hartgummiansatz eine Seifenwassereinspritzung. Sofort danach heftige Leibschmerzen und wiederholte Ohnmachtsanfälle. Nach 3 Tagen Einlieferung in die Klinik. Uterus von Exsudatmasse umgeben. Douglas vorgewölbt, Temperatur 38,1. Puls 120. Punktion des Douglas ergibt Blut. Laparotomie: massenhaft Blut in der Bauchhöhle. Linksseitiger Tubarabort, Abtragung der linken Adnexe. Heilung.)
168. Zurhelle, Die Röntgendiagnose der Extrauteringravidität in späteren Monaten

mit abgestorbener Frucht. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36. (Ausgetragene Tubargravidität mit abgestorbener Frucht. Der röntgenoskopische Nachweis gelang vollkommen.)

Für die Entstehung der Eileiterschwangerschaft hält Trabes (157) für die wichtigste Ursache die Gonorrhoe. Unter den Symptomen sind oft am frühesten lanzinierende Schmerzen mit Ohnmachtsanfällen zu erwarten, da nach Verf. die Amenorrhoe bei Tubargravidität nicht so regelmässig eintrete wie bei normaler Schwangerschaft. Das Blut sieht heller aus, die Blutung dauert länger, ist aber trotzdem geringer als bei normaler Menstruation. Die Therapie kann nur eine operative sein, mit der vollständigen Entfernung des Blutes aus der Bauchhöhle soll man sich in dringenden Fällen nicht aufhalten.

Von den wegen Extrauteringravidität einseitig operierten Frauen, über die Hofstätter (73) berichtet, sind wieder gravid geworden 55,5 %; 5,5 %, also $^1/_{10}$ der wieder gravid gewordenen wurden zum zweiten Male von einer Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter befallen: die späteren normalen Graviditäten verhalten sich zu den neuerlich ektopischen wie 13:1. Aus diesen Zahlen ergibt sich, auch weiter bei der Exstirpation einer graviden Tube die Adnexe der anderen Seite, soweit es nur irgend angeht, unberührt zu lassen.

An der Hand von zwei Fällen sehr frühzeitiger Extrauteringravidität macht Solowij (143) auf ein Frühsymptom aufmerksam, welches darin besteht, dass man auf eine etwas ungleichmässige Resistenz im Douglas stösst. Diesem bei der ersten Untersuchung neben der Gebärmutter befindlichen, auf Extrauteringravidität verdächtigen, wenn auch sehr undeutlichen Tumor soll man beinahe täglich seine Aufmerksamkeit zuwenden. Ist bei der ersten Untersuchung der Douglassche Raum vollständig frei gefunden, so spricht dann jede nachträgliche, wenn auch geringste Veränderung seiner Resistenz unbedingt zugunsten der Diagnose einer Extrauteringravidität. Dann unbedingte Operation.

Boldt (18) operierte eine Tubargravidität, die bei der Untersuchung und Beobachtung atypische Blutungen, aber sonst keine für Extrauteringravidität typische Erscheinungen geboten hatte. Er fand als seltene Symptome dabei anstatt der krampfartigen Schmerzen im Unterleib einen ständigen scharfen Schmerz und Schmerzen, wenn bei der bimanuellen Untersuchung die Cervix nach vorn bewegt wurde. Eine ungeplatzte Tubargravidität ist selten zu diagnostizieren. Als Ätiologie kommt fast durchweg Gonorrhoe in Frage.

In vier Fällen von Extrauteringravidität mit abundanter intraabdominaler Blutung konnte Deseniss (37) stets einen stark herabgesetzten Hämoglobingehalt (35 %) feststellen. In der Hämoglobinbestimmung glaubt Deseniss in zweifelhaften Fällen ein sicheres diagnostisches Hilfsmittel für den Praktiker erblicken zu müssen. Wird bei sonst gesunden jungen Frauen ein Hämoglobingehalt von 35 % gefunden, so muss der Verdacht auf eine intraabdominale Blutung gelenkt werden. Ebenso ist dringend diese Hämoglobinbestimmung bei zweifelhaften Appendizitisfällen zu empfehlen, die oft von rechtsseitigen Tubargraviditäten schwer zu trennen sind.

Bei Tubargravidität mit unsicherer Diagnose empfiehlt Sonnenfeld (144) unter Beschreibung einer eigenen kasuistischen Mitteilung in Ausnahmefällen eine Abrasio unter strengster Asepsis, wobei die Möglichkeit bestehen muss, sofort durch Laparotomie eingreifen zu können.

Porges und Novak (109) fanden bei 12 Fällen von Extrauteringravidität 10 mal Azetonurie, bei Pyosalpinx unter 14 Fällen dagegen nur 1 mal, bei Myoma uteri unter 16 Fällen 4 mal, etwas häufiger bei Uterus und Ovarialkarzinom und wiederum sehr häufig bei Corpus luteum und Luteinzysten. Da aber diese letzteren Genitalerkrankungen differentialdiagnostisch nicht in Betracht kommen, ergibt sich, dass bei bereits bestehendem Verdacht auf Extrauteringravidität der Nachweis einer

alimentären Azetonurie diese Vermutung sehr bestärken könnte. Besondere Schlüsse auf eine nähere Differenzierung der verschiedenen klinischen Formen der Extrauteringravidität sowie auf das Leben der Frucht lassen sich mit dieser Reaktion nicht ziehen.

Vautrin (150) weist darauf hin, dass gelegentlich ein Tubenabort zu einer abundanten Überschwemmung des Peritoneums mit Blut führen kann. Im allgemeinen kommen Tubenaborte in den frühesten Stadien der Extrauterinschwangerschaft häufig unbemerkt vor und führen nur ausnahmsweise zu einer Blutüberschwemmung des Peritoneums. Der Abort ist oft bedingt durch eine extra- oder intraovuläre Apoplexie, diese ist manchmal verursacht durch abnorme Veränderungen an den Tuben, häufig aber auch wohl durch Veränderungen des Ovariums (kleinzystische Degeneration) oder des Corpus luteum.

Vautrin (159) stellt, wenn bei einer Frau im Verlauf einer intermenstruellen Periode mit oder ohne Aufhören der Regel ein plötzlicher Schmerz im Abdomen und die sonstigen typischen Symptome aufgetreten sind, die Diagnose eines Tubenabortes etc. Wenn dann im Abstand von einigen Tagen oder Wochen, ohne dass die Folgen der ersten Erscheinungen ganz verschwunden sind, die gleichen Symptome auftreten, die Vermutungsdiagnose einer doppelseitigen Tubenschwangerschaft.

Barthélémy berichtet über einen ähnlichen spontan geheilten Fall von doppelseitiger Extrauterinschwangerschaft.

In schwierigen Fällen von ektopischer Schwangerschaft soll man nach Bandler (5) stets die Kolpotome ant. oder posterior machen und mit dem Finger nachtasten, die Adnexe revidieren oder dgl. und dann vaginal operieren. Machen sich dabei jedoch Schwierigkeiten bemerkbar, so soll man die Kolpotomiewunde schliessen und abdominal weiterarbeiten.

Das von ihm beschriebene „jüngste“ tubare Ei war kleinerbsengross und sass im isthmischen Teil der Tube in deren antimesometraler Wand. Seine Masse waren 3,75 : 3,5 : 2 mm. In dem durchbluteten Ei war vom Embryo nichts nachzuweisen, es zeigte noch keine ausgebildete Chorionmembran, sondern im wesentlichen nur Trophoderm. Genaue Beschreibung fehlt.

Auch Stillwagen (151) steht auf dem Standpunkt, dass eine Extrauteringravidität ein rein chirurgisches Objekt ist, die Zeit der Operation nach unterbrochener Schwangerschaft richtet sich nach der Widerstandsfähigkeit der Patientin gegenüber einem chirurgischen Eingriff und sollte durch einen kompetenten Chirurgen bestimmt werden, jeder einzelne Fall ist individuell zu behandeln. Die Operation soll sobald als möglich gemacht werden, die Berechtigung ist bedingt durch eine niedrige Mortalitätsziffer.

Wagner (161) ist bei geplatzter Extrauteringravidität mit freier Blutung für sofortiges Operieren gleichgültig, ob schwerer Shock besteht oder nicht. Er spricht für schnelles trockenes Operieren und gegen die Kochsalzspülung zur Entfernung restierender Blutmengen; es ist nicht nötig, sorgfältig alles freie Blut aus der Bauchhöhle zu tupfen. Die Beckenhochlagerung soll bei der Operation nicht verlassen werden, nach der Operation Einwickelung der Füsse und Arme, Tieflagerung des Kopfes und Kochsalzklysmen etc.

Field (52) spricht sich bei der Schwierigkeit der Diagnose der rupturierten Tubargravidität stets für Operation aus (fünf Fälle), da sie 85% Heilung ergibt, während bei abwartendem Verhalten 85% starben.

Bei der Behandlung der ektopischen Schwangerschaft macht Cragin (28) einen Unterschied zwischen den Fällen unter und über sechs Monaten, und zwar deshalb, weil nach dem sechsten Monat der Föt als solcher eine grössere Rolle spielt. Bei frischen Rupturen und Aborten in den frühen Fällen ist Cragin für sofortiges Operieren, wenn die Begleitumstände günstig sind. Ist dies nicht der Fall, so tritt eine sorgfältige Überwachung ein, bei besser werdendem Puls kann man noch abwarten, bei schlechter werdendem soll sofort operiert werden. Cragin

ist bei Tubenschwangerschaft für Entfernung der erkrankten Tube, die gleichzeitige Mitentfernung der anderen gesunden Tube weist er zurück. Bei interstitiellen Graviditäten kann man bisweilen nur das kranke Horn entfernen, im allgemeinen ist es aber besser, den ganzen Uterus wegzunehmen. Bei Tubenrupturen ins Lig. lat. kann bei genauer Überwachung die Operation, wenn die Blutung extraperitoneal sitzt, auf einen späteren Termin verschoben werden, nur bei wiederholten Blutungen und Eiterungen soll Laparotomie oder vaginale Drainage ausgeführt werden. Unter vier Fällen in den späteren Monaten hat Verf. zwei mit lebenden Kindern. Auch hier soll man möglichst bei lebendem Kinde bis $8^1/_2$ Monate warten, da man dabei ein lebendes Kind erzielen kann. In seltenen Fällen kann man den Sack ganz entfernen, sonst ist die sicherste Methode den Sack anzunähen, zu eröffnen und auszutamponieren; bei abgestorbenem Kind kann man mit der Operation noch warten.

Unter 24 Fällen von Tubarschwangerschaft verlor Marvel (100) einen Fall, bei dem wegen Shocks 36 Stunden mit der Operation gewartet und nicht eingegriffen wurde und einen Fall von ausgetragener Extrauterinschwangerschaft. Er ist der Ansicht, dass bei abwartendem Verhalten und aufgeschobener Operation ein grösserer Blutverlust stattfindet, dadurch eine vermehrte Shockwirkung, ein Verlust an Lebenskraft, bedingt wird. Die wiederholten Blutverluste bedingen eine schlechtere Konstitution, die Operation gestaltet sich schwieriger infolge ausgedehnterer pathologischer Veränderungen, es resultieren verkrüppelte Organe mit ungenügenden Funktionen, die Rekonvaleszenz ist langwieriger. Marvel tritt daher ohne Rücksicht auf den vorhandenen Shock unbedingt für Frühoperation bei Extrauteringravidität ein.

Zu den 141 Fällen von ausgetragener Extrauterinschwangerschaft mit lebendem Kind fügt Th. Landau (92) drei weitere, in denen Mutter und Kind gesund geblieben sind. Meist kommt es zu dem Tode der Frucht und das Schicksal der Mutter hängt von den Veränderungen ab, die die tote Frucht bzw. der Fruchtsack eingehen. 1. Die Skelettierung, ähnlich der im Uterus. 2. Die langsame gefährliche Form der „Missed abortion", dann die relativ milde langsame, bei der die betreffenden Frauen, ohne bettlägerig zu werden, unter geringen Blutungen und unerheblichem Ausfluss allmählich das ganze Skelett verlieren. (Fünf Fälle von Landau, darunter das völlig erhaltene Skelett eines Falles). 3. Die rapide Form (Wagner, Wien), bei der die schnelle Skelettierung durch den Bac. aerogenes capsulatus erfolgt.

Die aseptische Konservierung, Eintrocknung und Munifikation.

Lithopädionbildung.

Auf Grund der Literatur und eines eigenen Falles von wiederholter Tubenschwangerschaft kommt Hirsch (72) zu folgenden Schlüssen:

I. Die wiederholte Tubenschwangerschaft ist ein seltenes Ereignis, sie kommt in höchstens 5 % der Fälle vor.

II. Die prophylaktische Entfernung der gesunden Tube ist nicht gerechtfertigt. Die der kranken nur dann, wenn sie schwere Veränderungen insbesondere in ihrem Innern aufweist. Peritubare Adhäsionen sollen physikalisch behandelt werden.

III. Bei Entscheidung der Frage, ob die Tube der anderen Seite mitentfernt, werden soll, ist den sozialen Momenten, ferner den Fortpflanzungs- und rassehygienischen Uberlegungen ein breiter Spielraum einzuräumen.

Puppel (124) wendet sich gegen die Ansicht von Hirsch aus sozialen oder rassehygienischen Gründen bei bestehender Extrauteringravidität der einen Seite auch die Tube der anderen Seite mitzuentfernen, weil dabei die Möglichkeit bestehen könne, dass auch die Tube der anderen Seite wieder gravid werden könne. Bei einer armen Frau sei dies eine grosse Gefahr, während die reiche nach Ansicht Hirschs ruhig wieder tubar gravid werden könnte. Es ist vollkommen verkehrt hier aus prophylaktischen Gründen die andere Tube mitzuentfernen. Soziale

und rassenhygienische Erwägungen sollen dabei völlig ausscheiden, solange noch die rein ärztliche Beurteilung des Falles unter grosser Unsicherheit leidet.

Aus der Statistik von Duffek (41) über wiederholte Tubargravidität ergibt sich, dass durchschnittlich 25 % aller Operierten wieder gravid werden; der 5. Teil dieser 25 % wird aber wieder in der zurückgelassenen Tube gravid, es haben also 20 % aller derjenigen Schwangerschaften, die nach Operation einer Tubengravidität zustande kommen, ihren Sitz in der zurückgelassenen Tube. Duffek-Latzko stehen auf dem Standpunkt, die nicht gravide Tube gelegentlich der Operation einer Tubenschwangerschaft wegen der damit verknüpften Gefahren nur dann zu erhalten, wenn entweder der direkt von der Pat. geäusserte Wunsch nach weiterer Nachkommenschaft vorliegt, oder wenn es sich um Frauen handelt, die entweder noch gar nicht oder vielleicht nur einmal geboren haben. Nicht die Entfernung, sondern Schonung der nicht graviden Tube bedarf einer eigenen Indikation.

Frankl gibt in der Diskussion einen Fall bekannt, in dem er bei der Laparotomie in der linken Tube ein kleines varixähnliches Knötchen fand, das eine ganz junge ungeborstene Tubenschwangerschaft war. Die andersseitige Tube zeigte einen Befund, der für einen abgelaufenen Tubarabort sprach, es fand sich in Serienschnitten eine Höhle, in der sich stark verändertes Blut, keine Spur fötaler Teile fand. Sie kommunizierte mittelst eines durch das ganze Septum verlaufenden Ganges mit dem Tubenlumen. In diesem fanden sich Reste stark rückgebildeter Zotten. Schauta hält die angegebenen Zahlen der wiederholten Tubengravidität für zu hoch. Fabricius hat unter 179 Fällen von Extrauteringravidität nur 6 Fälle gesehen. Latzko, Stiassny, Wertheim.

Die utero-tubäre Schwangerschaft besteht nach den Untersuchungen von Pégaitaz (115) zu Recht, sie kann spontan zu Ende gehen, oder die Frucht stirbt ab, es kommt zum Abort und die Plazenta wird retiniert und zieht mit einem Strang nach der Tube, wo sie dann artifiziell entfernt werden muss; in den vorgeschritteneren Fällen ist die Gefahr der Retentio placentae und der Infektion gross. Die Diagnose wird sich auf das Rugesche Zeichen stützen, das bei dieser Abart der interstitiellen Schwangerschaft auch vorhanden sein muss. Wenn die Diagnose gestellt ist, wird man ohne weiteres den Eisack exstirpieren müssen; wenn das Kind lebensfähig ist, wird man es nach Möglichkeit erhalten und dann ohne weiteres intrauterine Manöver die Operation vornehmen. Bei Gefahr der Infektion wird man ev. die Uterusbauchdeckenfistel nach Sellheim ausführen.

Anschliessend an die makro- und mikroskopischen Untersuchungen seines Falles von Bauchhöhlenschwangerschaft verlangt Czyzewicz (29) bei einer Bauchhöhlenschwangerschaft

1. das Fehlen jedweder Beteiligung der Tuben und Ovarien,
2. den Nachweis einer lebenden Verbindung der Plazenta mit dem Peritoneum,
3. die Vitalität des Eies.

Zum 2. Punkte ist absolut notwendig eine Decidualschicht zwischen normalen, lebenden Zotten und dem normalen Peritoneum. Der Implantationsvorgang gestaltet sich folgendermassen: Inserieren lebende Zotten an irgend einem Organe, welches befähigt ist, einer decidualen Umwandlung zu unterliegen, und entwickeln sie sich daselbst weiter, so kommt es zur Bildung einer Decidualzellenlage, welche in inniger Verbindung einerseits mit den Zotten, andererseits mit dem Insertionsorgan steht. Wenn sich schon abgestorbene Zotten festsetzen, so werden, wie bei jedem Fremdkörper, Reizerscheinungen ausgelöst, die sich in kleinzelliger Infiltration äussern. Nun können aber auch kleinzellige Infiltrate bestehen, wenn lebende Zotten vorhanden sind, daneben müssen sich aber dann immer noch Chorionzotten im Stadium der Degeneration finden. Als „lebendige Verbindung der Plazenta mit dem Peritoneum“ betrachtet also Czyzewicz entweder einen Befund von ausschliesslich lebenden Zotten, mittelst einer Decidualzellenlage mit der lebenden Unterlage ver-

bunden, oder neben obigen auch von abgestorbenen und im Regressionsstadium begriffenen, jedoch bei Fehlen von kleinzelliger Infiltration.

Diese wichtige Forderung bildet eigentlich das wichtigste Argument für das Bestehen einer primären Bauchschwangerschaft. Es fand sich in seinem Falle eine deutliche Decidualschicht in dem das Ei zum grössten Teile umscheidenden Netzzipfel.

Richter (128) kommt auf Grund seines genauer beschriebenen Falles von primärer Abdominalgravidität und einer Sichtung der bisher veröffentlichten ähnlichen Fälle, von denen nur ganz vereinzelte der Kritik standhalten können, zu der Überzeugung, dass es doch eine primäre Abdominalgravidität gibt. Ein lebendes Ei von 4—5 Wochen, welches mit seinem Eibett in inniger Verbindung angetroffen wird und durch keinerlei Beziehungen mit dem Uterus und den Adnexen in Verbindung steht, kann nur durch primäre Einbettung an Ort und Stelle festgehalten werden. Das befruchtete Ei, das den Anschluss an Uterus und Tuben verpasst hat, kann anscheinend mehrere Tage seine Vitalität bewahren, es kann sich in vielen Fällen auf der Serosa des Mastdarms einen geschützten Mutterboden suchen und sich hier einnisten. Vielleicht nützen ihm hier die auch in Richters Fall gefundenen Deciduainseln. Das Schicksal des Eies hängt davon ab, ob es möglichst bald aus dem Bereiche der starken Peristaltik der Därme gebracht wird — ans Netz an die untere Fläche der Leber, Bucht zwischen Niere und Bauchwand, zwischen Cökum und Lig. lat., zwischen Mastdarm und den Douglasfalten.

Im Douglas scheint das Ei kein langes Dasein fristen zu können. Durch die Aggressivität des jungen Eies wird die Haftung auf dem etwas mangelhaften Mutterboden in gewisser Weise gewährleistet. Wehen fehlen bei dem Untergang des Eies und dies ist als Charakteristikum bei der Bauchschwangerschaft gegenüber der Tuben- und Uteringravidität hervorzuheben.

Richter unterscheidet unter den ektopischen Schwangerschaften 1. Graviditäten in den Uterusanhängen:

a) Ovarialgravidität,
b) Gravidität auf der Fimbria ovarica,
c) Tubargravidität,
d) Gravidität in einer akzessorischen Nebentube.

2. Graviditäten im interstitiellen Teil des Uterus — interstitielle Tubargravidität —.

3. Graviditäten entfernt von dem eigentlichen Genitaltraktus = primäre Abdominalgravidität.

Ausserdem unterscheidet er vorgetäuschte ektopische Schwangerschaften:

A. bei Doppelmissbildungen des Uterus (Gravidität im rudimentären Nebenhorn);

B. nach Trauma (Ruptur des Fruchthalters):

a) Plazenta im Fruchthalter, weiterlebendes Kind in der freien Bauchhöhle = sekundäre Abdominalschwangerschaft;
b) das ganze Ei in die Bauchhöhle geboren = intraabdomineller Fruchttod nach Ruptur des Fruchthalters.

Mars (101). Im Laufe von 13 Jahren wurden in der Lemberger Klinik 77 Fälle operiert mit zwei Todesfällen (2,6 %). Eine Frau starb bei zu spät ausgeführter Operation bald darauf ohne das Bewusstsein wiedererlangt zu haben, die andere Frau verstarb auf dem Operationstische (Mors thymica. Thymus persistens). In beiden Fällen kann der Tod nicht der Operation zur Last gelegt werden. Die Operation als solche kann also über 0 % Lethalität verfügen, es ist niemals Sepsis, postoperative Verblutung oder derartiges vorgekommen. Auch die in der Provinz und in der Privatpraxis ausgeführten Operationen verliefen sämtlich gut. Die Operationsresultate sind also ebenso gute wie bei unkomplizierten Ovarialtumoren.

Wie ist das Verhältnis zu anderen Laparotomien bezüglich der Lethalität? Es wurden in der Lemberger Klinik binnen 13 Jahren bis Januar 1912 ausgeführt 794 Laparotomien mit 77 Todesfällen, also 9,7 % allgemeiner Sterblichkeit. Im Jahre 1904 berichtete Mars in der Lemberger ärztlichen Gesellschaft über sein erstes Lemberger Lustrum von 5 Jahren, über 214 Laparotomien mit 11,62 % Lethalität. Ein ähnliches Prozent wiesen damals auch andere Kliniken auf. Die 401 Fälle der letzten 5 Jahre weisen nur 26 Todesfälle auf, also 6,5 % dank der verbesserten Technik und Aseptik. Die Lethalität im letzten Jahre betrug kaum 5 %. Wenn man die Todesfälle abzieht, welche durch Nebenursachen veranlasst wurden, den Charakter des Leidens, wie akute purulente Peritonitis, Einbringung einer Frau mit Uterusruptur und Fötus im Bauche, die Todesfälle an karzinöser Hexis einige Zeit post operationem, zwei Fälle von plötzlichem Tode sub operatione, zwei Todesfälle an Phthise 18 und 60 Tage post operationem etc., so bleiben eigentlich nur 2,8 % Todesfälle, welche der Operation zur Last fallen können.

Wem diese Lesart nicht zusagt, dem liefert Mars die Nekropsieberichte von 12 Frauen, innerhalb der letzten 5 Jahre verstorben. Auf 401 Fälle wurde Peritonitis als Todesursache konstatiert in 3 % der Fälle in den vorletzten 5 Jahren.

Im letzten Quinquennium wurde kein einziges Mal septische Infektion konstatiert, sondern 14 mal eine andere Todesursache.

Dabei wurden doch Kranke eingeliefert mit schon bestehender Sepsis.

Es kommen nach den Sektionsberichten 3 % Todesfälle heraus auf Rechnung der Operation. Es kommt die Individualität des Operateurs in Frage, seine Technik, Aseptik etc. und andererseits die Individualität der Kranken, ihre Widerstandskraft, ihr Gesundheitszustand etc. Wenn die Aseptik des Operateurs genügte, um auf 75 Bauchschnitte bei Extrauterinschwangerschaft jeden Todesfall zu verhüten, warum soll man ihn bei anderen Operationen einer ungenügenden Aseptik, Technik etc. verdächtigen? Es kommen doch auch bei der Laparotomie wegen Extrauterinschwangerschaft die verschiedensten technischen Erschwerungen vor, bezüglich der Adnexe oder Ureteren, des Uterus, koinzidenten anderen Tumoren etc. Mars ist der Ansicht, dass bei diesen Operationen überhaupt, welcher Art auch die Indikation sei, die im Organismus der kranken Frau vorhandenen Krankheitserreger eine bedeutende Rolle spielen, versteckte Eiterherde etc. Mag der Operateur Aseptik und Technik auch noch so gut beherrschen, so hat er post operationem doch mit dem Einflusse dieser versteckten Faktoren zu rechnen. Mars kommt zu dem Schlusse, falls eine Frau nach der Operation doch starb, so war sie überhaupt nicht mehr auf operativem Wege zu retten wegen ungünstiger Operationsbedingungen. Welchen Weg sollen wir nun einschlagen, um diese ungünstigen Operationsbedingungen zu bekämpfen, resp. ihren Einfluss zu paralysieren? Wir müssen danach streben, die postoperative Peritonitis zu bekämpfen.

(v. Neugebauer.)

Jastrzebsky (76). 37 jährige Frau, 12 Jahre verheiratet, hat zweimal glatt geboren, zuletzt vor 10 Jahren. Jetzt im 8. Schwangerschaftsmonate Blutung, Schmerzen, Erbrechen, Wehen, aber keine Geburt. Die Fruchtbewegungen hörten auf. Nach einiger Zeit Besserung im Befinden. Die Frau fing wieder an, ihre Arbeit zu verrichten. Der Anfall war am 18. Mai 1910, im September wieder Schmerzen und Erbrechen, Fieber, Drängen nach unten und Durchfall. Der Arzt verlangte Transport nach Warschau, die Frau wartete jedoch weiter ab, bis ihr nach zwei Wochen zwei Fötalknochen per rectum abgingen. Endlich folgte sie dem Rate. Bei Aufnahme konstatierte man Denutrition, 37,6° C bei Puls von 96 und phthisische Erscheinungen an den Lungenspitzen. Unbeweglicher harter höckeriger Tumor auf der rechten Hüftschaufel bis drei Querfinger unterhalb des Nabels reichend. Im Rektum fand man bei Spekularuntersuchung auf der Höhe von 12 Zent oberhalb des Anus eine stark hyperämische mit Eiterbelag bedeckte Stelle und tastete mit dem Finger hier eine Einziehung, konnte aber keine Per-

forationsöffnung ausfindig machen. Mikroskopisch fand man in den Fäzes Blutkörperchen, vereinzelte Muskelfasern und Kristalle von phosphorsaurem Kalk. Harn ohne Besonderheiten. Man diagnostizierte eine extrauterine 8 monatliche Schwangerschaft mit abgestorbener Frucht. Röntgen erwies die Konturen der Frucht, Schädel, Wirbelsäule und Rippen. Angesichts des schlechten Allgemeinzustandes erst Arsenik subkutan und tonisierende Behandlung. Nach einigen Wochen entschloss sich Dr. Ciechomdski zur Laparotomie nach vorheriger Kochsalzinfussion von 600 g und Strophantus. Schnitt in Linea alba. Netz mit Tumor verwachsen; nach Lösung der Verwachsungen fand sich eine Verwachsung des Tumors mit einer Dünndarmschlinge. Der Tumor lag auf der rechten Hüftschaufel und in cavo Douglasi. Bei genauerer Inspektion zeigte sich, dass der zuführende Schenkel der Dünndarmschlinge linkerseits vom Tumor lag, der abführende rechterseits. Die vordere Fläche der Dünndarmschlinge war perforiert, die hintere Wand konvex vorgetrieben, ausgebuchtet und bildete die Wand eines Sackes, in welchem sozusagen die abgestorbene Frucht gelagert war. Nach Unterbindung des Mesenteriums der Dünndarmschlinge wurde diese reseziert, die bezüglichen Amputationsstümpfe der Dünndarmschlinge miteinander vernäht mit Dreietagennaht. Nach Serviettentapezierung der Bauchhöhle wurde jetzt der Fruchtsack inzidiert, die Frucht entfernt und die gesamte Höhle des Fruchtsackes mit einem Mikuliczsack ausgefüllt, ein Gazetampon noch ausserhalb des Fruchtsackes eingelegt, die Bauchwunde so weit als nötig geschlossen. Die mazerierte Frucht 43 cm lang wog 2400 g. Die Frau starb bei subnormalen Temperaturen am siebten Tage nach der Operation unter den Erscheinumgen einer Herzadynamie. Bei der Nekropsie zeigte sich ein eitriger Belag des Peritoneums in der unteren Hälfte der Bauchhöhle, eine lokalisierte Peritonitis purulenta. Die Darmnaht hatte gut gehalten. Die Darmresektionsstelle lag 80 cm oberhalb des Blinddarmes. 50 cm unterhalb der Dünndarmanastomosierungsstelle fand man im Darmlumen zwei Rippen des Fötus. Im gegebenen Falle ist bezüglich der primären Eiimplantation nichts zu sagen, geschweige denn, ob es sich um eine primäre Abdominalschwangerschaft handelte. Ätiologisch fehlen irgendwelche Momente der Erklärung, es sei denn, dass diese Frau nach der letzten Schwangerschaft vorher acht Jahre nicht schwanger geworden war.

Verfasser bespricht im Anschluss an seinen Fall die Frage der Extrauterinschwangerschaft in der zweiten Hälfte. Er fand, dass auf 250 Fälle von Extrauterinschwangerschaft der Breslauer Klinik nur acht Fälle angegeben seien mit Schwangerschaft über die zweite Hälfte hinaus. In der polnischen Kasuistik fand Verf. nur drei Fälle von ausgetragener oder beinahe ausgetragener Extrauterinschwangerschaft mit während der Operation lebend extrahierter Frucht. (Fälle von Neugebauer 1899, C. Stankiewicz 1901, Rydygier. Referent kann noch einen Fall von Borysowicz hinzufügen. Am längsten nach Extraktion lebte das Kind im Falle v. Neugebauers: 19 Stunden und verstarb dann infolge von Lungenatelektase. Stirbt die Frucht ab und vereitert, so wird sie oft auf dem Wege der Eiterung in den Darm ausgestossen oder in die Blase oder durch die Bauchwand nach aussen. Genth und Widerstein fanden eine lebende 17 wöchentliche Frucht bei einer Bruchoperation in dem Bruchsacke. Im gegebenen Falle war die Diagnose angesichts der per rectum abgegangenen Fötalknochen sicher, trotzdem andere diagnostische Merkmale fehlten. Röntgen bestätigte die Diagnose. Werth spricht sich skeptisch über den Röntgenbefund angesichts der Extrauterinschwanger, schaft aus und führt die negativen Resultate von Füth, James, Oliver-Winter etc. an. (Heute angesichts der bedeutenden Verbesserung der Apparate würde selbstverständlich auch Werth nicht mehr so skeptisch sich ausdrücken. Referent.) Ciechomski hat in seinem Falle den Uterus nicht sondiert wegen der damit verbundenen mannigfachen Gefahren — Infektion oder auch Perforation. Verf. führt hier eine Beobachtung an von Depaul: Er sondierte den Uterus, worauf Fruchtwasser abfloss; er war also sicher, dass es sich in diesem Falle um

uterine Schwangerschaft handle. Nach einigen Tagen starb die Frau und die Nekropsie erwies, dass die Sonde per uterum einen extrauterinen Fruchtsack perforiert hatte. Ebensowenig wandte Ciechomski in seinem Falle die von v. Wyder und von Dührssen empfohlene diagnostische Uterusauskratzung, um eine uterine Decidua hervorzuholen an, aus rein theoretischen Bedenken, welche von Winter ausgesprochen wurden.

Es folgt am Schluss der Arbeit ein Verzeichnis der in den letzten Jahren von polnischen Autoren veröffentlichten Fälle von Extrauterinschwangerschaft.

(v. Neugebauer.)

Zeitlin (166). (Auf 9890 gynäkologische Kranke kamen 163 Extrauteringraviditäten (1,7 %). Davon wurden 106 operiert (63,8 %). Nur in 2 Fällen war die Schwangerschaft älter als 3 Monate (5 monatliche und ausgetragene). 85 % der Kranken standen im Alter von 24—35 Jahren. In 24 % der Fälle endigte die vorhergehende Schwangerschaft mit Abort, in 50 % waren seit der letzten Geburt 5 und mehr Jahre vergangen. Von 97 Bauchschnitten wurden in 28 ausgedehnte Adhäsionen im Becken gefunden. 9 mal wurde wegen verjauchter Hämatocele die Kolpotomie ausgeführt (2 Todesfälle). Das jüngst von Solowij und Bertolini angegebene Symptom wurde schon im Jahre 1896 von Wasten gelehrt und in 50 % der Fälle gefunden. Um Ruptur der Tube handelte es sich 53 mal, um Tubarabort 23 mal; abgekapselte Hämatocelen wurden 20 mal vermerkt. Von 97 Kranken, welche per abdomen operiert wurden, starben 5 (5,2 %). 3 Pat. wurden wegen wiederholter Extrauteringravidität zum zweitenmal laparotomiert (3,3 %). Die Chancen auf Wiederholung der Extrauteringravidität sind gering im Vergleich mit der Möglichkeit uteriner Gravidität. Deswegen ist die andere Tube nur dann zu entfernen, wenn sie bedeutend verändert ist (was auch in 67 Fällen ausgeführt wurde); in den anderen Fällen sollen nur die Adhäsionen gelöst werden. In den seltensten Fällen ist die Sterilisation auszuführen. Die Frage über die Sterilisation soll der schwer leidenden Pat. in keinem Falle vorgelegt werden.)

(H. Jentter.)

Abuladse (1). (Bei der 20 jährigen I gravida treten am normalen Ende der Schwangerschaft Wehen ein, welche bald sistieren. Nach 3 Wochen hören die Bewegungen der Frucht auf, bald darauf Schmerzen und Blutungen. Der Fruchthalter war äusserst beweglich und vollkommen schmerzlos. Per vaginam wurde der Uterus wenig vergrössert gefunden, innig verbunden mit dem Fruchthalter. Im hinteren Gewölbe wurde das linke Ovarium palpiert. Laparotomie, Adnexe rechts an gewöhnlicher Stelle, links viel tiefer vom leeren Horn ausgehend. Nach Spaltung des schwangeren Hornes und Extraktion der toten Frucht gleichzeitige Amputation beider Uterushörner. Der linke Eierstock wird belassen (ohne Corpus luteum, also transmigratio extra-uterina). Frucht leicht mazeriert; Gewicht 2800 g. Genaue Beschreibung des Präparates: dem Fruchthalter sitzt links unten breitbasig der leere Uterus auf; rechts geht vom Fruchthalter das breite Mutterband ab, Tube, Ovarium und Lig. teres sind normal gelegen. Die Tuben gehen auf verschiedenen Niveaus ab (links 6 cm, rechts 14 cm vom unteren Rande des Präparates). Es lässt sich kein kommunizierendes Lumen zwischen Fruchthalter und Gebärmutterhöhle konstatieren. Die muskulöse Scheidewand ist 0,5 cm dick. Mikroskopisch lässt sich auf Serienschnitten nur ein Rudiment eines Kanals mit Zylinderepithel von 2 mm Länge konstatieren, welches weiterhin verschwindet. Irgend ein Lumen ist also nicht vorhanden.) (H. Jentter).

VII.

Pathologie der Geburt.

Referent: Privatdozent Dr. Rud. Th. Jaschke.

I. Allgemeines.

1. Albrecht, Diskussion zu Hengge. Bayr. Ges. für Geb. u. Gyn. 7. VII. Bericht Zentralbl. f. Gyn. Nr. 37. p. 1225.
2. Bender, X., Sur un cas de kyste de l'ovaire praevia traité avec succès par la ponction vaginale. Rev. de gyn. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 599.
3. Beromann, W., Kasuistisches zur Komplikation der Schwangerschaft und Geburt mit Myom bezw. mit entzündlichen Erkrankungen der Adnexe. Prager med. Wochenschrift 1911. Nr. 26. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 486.
4. Biber, Werner, Über Oligohydramnie mit konsekutiver Verunstaltung der menschlichen Frucht. Hegars Beiträge Bd. 17. Heft 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48. p. 1629.
5. Bogdánovits, M., Gebärende mit Sternumdefekt. Gyn. Sekt. des kgl. ungar. Ärztevereins zu Budapest. 7. IX. 1911. Bericht Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31. p. 1029. (22jährige Ipara. An Stelle des Sternums dreieckige Lücke 7×9 cm, normaler Puls und Blutdruck. Ausserdem besteht eine Skoliose und Gibbus. Die linke Lungenhälfte infolge des Gibbus zusammengedrückt. Geburt ganz normal. Interessant war dabei das Verhalten des Herzens, das fast herauszuspringen schien.)
6. Boissard, Al., et Vignes, Dystocie par ancienne fracture du sacrum. Soc d'obst. et de gyn. de Paris. 12. 2. Bull. de la la Soc. d.'obst. et de gyn. de Paris etc. p. 63. (39jährige IIgrav. Bei vollständiger Erweiterung des Muttermundes seit zwei Stunden kein Fortschritt der Geburt; zweimaliger erfolgloser Forzepsversuch, dann Einlieferung in die Klinik mit 38,6° Temperatur. Hier dritter fruchtloser Forzepsversuch, worauf endlich als Hindernis für das Tiefertreten des Kopfes ein Knochenstachel zwischen unterem und mittlerem Drittel des Kreuzbeines entdeckt wird. Der Knochenstachel hatte fast die Grösse eines kleinen Fingers; da er aber noch schräg ins Beckenkavum hineinragte, gelang es jetzt, den Kopf unrotiert bis zum Beckenboden herabzuziehen, dann hier erst zu rotieren und zu entwickeln. Das lebend geborene Kind starb am 28. Tag infolge von Krämpfen durch eine Meningealblutung. Wochenbett 14 Tage lang fieberhaft, dann glatt. Nachträglich stellte sich heraus, dass die Frau im 4. Graviditätsmonat auf der Treppe gestürzt und sich dabei offenbar das Kreuzbein gebrochen hatte.
7. Bondy, O., Ovarialtumor als Geburtshindernis. Gyn. Ges. zu Breslau 14. Mai. Monatsschr. f. Geb. und Gyn. Bd. 36. p. 260. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. p. 1344.
8. Bonnet-Laborderie, Accouchement d'une primipare âgée atteinte de la maladie de Parkinson. Réunion obst. et gyn. de Lille 27. III. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. 1ère année Nr. 5. p. 474. (41jährige Ipara. Trotz schwerer Lähmungserscheinungen — die Frau musste gefüttert werden, konnte kaum verständlich sprechen — Geburt ganz glatt mit guten Wehen.)
9. Brockhausen, H., Zur Therapie des tiefen Querstandes (Inaug.-Dissert. Freiburg 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. p. 1349.
10. Cassin, P., Un cas de grossesse et d'accouchement fibreux. Réunion obst. et gyn. de Montpellier. 5. VI. Bull. de la Soc. d'ost. et de gyn. de Paris etc. Nr. 6. Juin. p. 666. (Merkwürdiger Beitrag zur Grossesse nerveuse. 46jährige Dame. Auf die plötzliche Nachricht vom Tode der Mutter bleiben die erwarteten Menses aus, die Frau glaubt sich schwanger. Brüste und Leib schwellen an, Übelkeit tritt auf.

Vier Monate später Blutung, die der Arzt für drohenden Abort hält. Fünf Wochen später neuerliche Blutung mit Ausstossung von Membranen. Befund im 6. Monat: Ovoider medianer Tumor in abdomine von etwas derberer Konsistenz als sie einem graviden Uterus entsprechen würde und mit härteren Partien dazwischen, Leib wenig aufgetrieben, Anämie. Herztöne nicht zu hören, Kindesteile nicht zu fühlen. Gravidität wird daraufhin als unwahrscheinlich erklärt. Abwarten, da die Frau jeden Eingriff verbietet. Noch verschiedene Blutungen in Pausen von 7—8 Wochen. Erst 2 Monat nach dem erwarteten Geburtstermin erlaubt die Pat. einen Eingriff. Dilatation mit Hegarstiften. 2 Finger dringen 18 cm in den Uterus ein, der leer ist. Links gegen den Fundus eine härtere, 2 kindfaustgrosse Partie, die Verf. an eine interstitielle Gravidität denken lässt. Abwarten. Nach 3 weiteren Wochen Ausstossung eines Fibroms der erwähnten Grösse. Interessant ist jedenfalls, dass das Wachstum des Myoms augenscheinlich mit der eingebildeten Schwangerschaft zusammenfiel.)

11. Chapple, A persistent occipito-transverse presentation. Brit. med. journ. Okt. p. 1012.
12. Chiaje, della, Vorteile der Beckenhochlagerung bei Gesichtslage. Pariser geb. Ges. 27. IV. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 209.
13. Commandeur, Diskussion zu Gonnet (Nr. 28). Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris 1ère année Nr. 3. p. 218.
14. Cunnington, C. Willett, A case of rupture of lung in labour. Lancet, Oct. 12. p. 1012. (23jähr. Ipara, sehr schmerzhafte kräftige Wehen; 15 Minuten vor der Austreibung des kindlichen Kopfes bekam die Frau eine rasch zunehmende Anschwellung des Halses, dann Blutunterlaufung des Gesichts mit zunehmender Schwellung, die sich schliesslich auch auf den behaarte Kopf und Thorax erstreckte. Deutliches subkutanes Emphysem nachweisbar. Puls 140, klein, Respiration 28. Pat. selbst hatte ausser etwas Atemnot keine Beschwerden. Schalldifferenz zwischen beiden Lungen war nicht nachweisbar. Binnen 8 Tagen Heilung. Verfasser vermutet, dass vielleicht eine alte Adhäsion zwischen Pleura und Lunge bei den Anstrengungen der Presswehen gerissen sei und zu Luftaustritt geführt habe.)
15. Davis, E. P., Operative obstetrics, including surgery of the new-born. (W. B. Saunders Company, Philadephia und London 1911. Ref. Am. Journ. of Obst. March. p. 495.)
16. Dockhorn, W., Die Geburt bei frühzeitigem Blasensprung. Inaug.-Diss. Göttingen 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 315.
17. Evan, Mc., Antepartum haemorrhage treated by Caesareau section. Bradford med.-chirurg. soc. 16. IV. Ref. Brit. med. journ. 27. IV. p. 954.
18. Fleischmann, Otto, Ein Fall von Hydramnie. Inaug.-Diss. Erlangen. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2476.
19. *Folliet, L., Diabetes und Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett. Gaz. des hôpitaux. Nr. 105. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p, 82.
20. Forssell, Olof, Zur Kenntnis des Amnionepithels im normalen und pathologischen Zustande. Arch. f. Gyn. Bd. 96. H. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. p. 1002.
21. Fougère, M., Dilatation de l'estomac après une application de forceps. La Gynécologie. 16. Jahrg. Nr. 4. April. p. 241. (Akute Magendilatation unmittelbar post partum, arteriomesenterialer Darmverschluss, Heilung durch Bauchlage.)
22. Franz, R., Über das Verhalten der Harntoxizität in der Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett. Archiv f. Gyn. Bd. 96. H. 2.
23. Fries, H., Schwangerschafts- und Geburtsverlauf bei Beckenechinococcus und Uterus myomatosus. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 37. — Ferner: Greifswalder med. Verein 23. V. Deutsche med. Wochenschr. p. 1763.
24. Gemmel, J. E., Three cases of pregnancy with complications. North of England obst. and gyn. soc. 19. IV. Ref. Lancet, May 4. p. 1201. (1. Abort in der 12. Woche bei Pyosalpinx. 2. Schwere intraabdominelle Blutung im 3. Graviditätsmonat infolge Milzruptur ohne vorhergegangenes Trauma. 48 Stunden nach Milzexstirpation Exitus. 3. Gravidität im 6. Monat mit grosser anteuteriner, von der übrigen Bauchhöhle aber ganz abgekapselter, von den Adnexen ausgehender Eiteransammlung. Nach Inzision und Drainage Frühgeburt, uterine Infektion, Exitus.)
25. German, Vorstellung einer Frau, bei welcher er den Kaiserschnitt gemacht hatte wegen eines wie er meinte subserösen Myoms von Apfelsinengrösse am Uterus. Gyn.

Sitzung der Warsch. ärztl. Gesellsch. am 26. April. Przeglad chirurg i gin. Bd. 7. H. 3. p. 374. (Polnisch.) (Der Tumor wuchs in den letzten zwei Wochen stark. Sub operatione zeigte sich, dass der Tumor mit dem Uterus nichts zu tun hatte, sondern ein Bauchwanddesmoid unterhalb des Rippenbogens war. Er begnügte sich vorderhand mit dem Kaiserschnitte und liess den Tumor vorläufig unbeachtet, um nicht die Operation zu komplizieren.) (v. Neugebauer.)

26. Gerhard, M. K., Über alte Primiparae. Inaug.-Diss. Bonn.
27. Giebler, E., Komplikation von Schwangerschaft und Geburt mit Prolaps. Inaug.-Diss. Breslau 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34. p. 1135.
28. Gonnet, Compression du cordon pendant la grossesse, peutêtre à la suite de version par manoeuvres externes. Réunion obst. et gyn. de Lyon. 11. Mars. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. 1ère année Nr. 3. p. 216. (Titel sagt alles.)
29. Heimann, F., Rachiotomie mit dem Küstnerschen Rachiotom. Gyn. Ges. Breslau 26. III. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26. p. 864. (Demonstration eines rachiotomierten Kindes. Das Instrument befriedigt in jeder Weise.)
30. Helle, H., Die Verteilung der operativen Entbindungen (Zange, Wendung, Kaiserschnitt, Beckenerweiterung, Perforation und Dekapsulation) nach Alter und Zahl der vorausgegangenen Geburten. Inaug.-Diss. München. März.
31. *Herff, O. v., und L. Hell, Secacornin. Arch. f. Gyn. 97. H. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38. p. 1249.
32. Hoehl, H., Über Hämophilie als geburtshilfliche Komplikation. Inaug.-Diss. Freiburg 1910. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 50. p. 1719. (Frau aus einer Bluterfamilie; schwere Blutung p. part., so dass die Frau nur durch Unterbindung beider Spermaticae und Hypogastricae gerettet werden konnte.)
33. Holländer, J., Die neueren Fortschritte der Geburtshilfe. Budapesti Orvosi Ujzag, Szül. és Kögyógyás 1911. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35. p. 1161.
34. Jardine, R., Delayed and complicated labour. 351 p. Mit 107 Illustrat. und 3 farb. Tafeln. — N. Y. — William Wood & Co. Ref. Am. Journ. of Obst. April. p. 662.
35. Jellinghaus, C. Frederick, Ein Fall von intraligamentärer Tubenschwangerschaft von 8 Monaten. Bull. of the Lying-In Hospital Vol. VIII. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36. p. 1204. (Interessanter Fall. 22jähr. IIgrav. Im 2. Monate wurde wegen einer Blutung aus dem Uterus die Diagnose auf Abort gestellt. im 3. diagnostizierte Verf. den Fall als linkes parametranes Exsudat, später am Ende des 8. Monats, als die vorher wahrgenommenen Kindsbewegungen verschwanden, wurde eine Intrauteringravidität mit abgestorbenem Kinde angenommen. Erst im 10. Monat gelang in Narkose die Abgrenzung des Uterus und damit die richtige Diagnose. Laparotomie. Heilung.)
36. Josephson, C. D., Ein Fall von Entbindung einer Multiparen, kompliziert durch Cholecystitis. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d. Gesellsch. schwed. Ärzte. Hygiea Nr. 4. (Silas Lindqvist.)
37. Jung, Paul, Sakralteratom als Geburtshindernis. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 34. (Nach der Geburt von Kopf und Rumpf des Kindes Geburtsstillstand, als dessen Ursache ein von der Kreuzbeingegend des Kindes ausgehendes zystisches Sakralteratom sich erwies.)
38. Keim, Äussere Wendung. Synkope der Mutter; Einfluss auf die Frucht. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. 1911. Dez. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 558.
39. Kiesin, H., Todesfälle und Herzerkrankungen unter der Geburt. Inaug.-Diss. Basel. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51. p. 1743.
40. Koehler, Rob., Wiederholte Doppelschwangerschaft bei Uterus bicornis bicollis. (Zugleich ein Beitrag zur Genese der Doppelbildungen des Uterus.) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 71. H. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 44. p. 1469.
41. Kupferberg, Geplatzte interstitielle Gravidität. mens. IX. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 19. V. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 354. (Spontane Ruptur von 1 Mark-Grösse, Patientin starb auf dem Transport zur Klinik an Verblutung.)
42. Kusmin, Geschwülste des Beckeneinganges als Geburtshindernis. Russki Wratsch. Nr. 50. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu Moskau. (Im ersten Falle sass der Tumor im Septum rectovaginale und trat bei jeder Geburtswehe aus dem Anus hervor. Die sich vorstülpende Mukosa des Mastdarmes wurde inzidiert, der Tumor gefasst, enukleiert, wobei ein Stiel abgebunden werden musste. Tamponade der Wundhöhle, Zange, Heilung. Der faustgrosse Tumor erwies sich als alveoläres Karzi-

nom, wahrscheinlich entstanden aus Rudimenten der ursprünglich in der Lendengegend gelegenen Keimdrüse. Der zweite Fall betraf eine Primipara, bei welcher die Geburt erschwert war durch ein kindskopfgrosses Fibromyom der hinteren Cervixlippe, welche das Becken verlegte. Abtragen des Tumors, Zange, Heilung). (H. Jentter.)

43. Lindqvist, L., Fall von Kaiserschnitt (Porro) bei grösserem Myom (kombiniert mit teils Placenta praevia lateralis, teils mit auf dem Geschwulstbett inserierender Plazenta). Verh. d. Gesellsch. d. Ärzte zu Gothenburg. Hygiea Nr. 9. (Silas Lindqvist).

44. *Lipinski, J., Zur Klinik und Prognose der Sturzgeburten. Inaug.-Dissert. Breslau.

45. *Litschkuss, L. G., Zur Frage über den Verlauf der Schwangerschaft und Geburt nach extraperitonealem Kaiserschnitt nebst einigen Bemerkungen zur Sterilisation der Frau. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 6.

46. Löwinsohn, B., Die Beckenverletzungen unter der Geburt, ihre Ätiologie, Symptome und Behandlung. Inaug.-Dissert. Freiburg. (Zusammenstellung der einschlägigen Literatur.)

47. Mansfeld, O., Retrorektaler Tumor als Geburtshindernis. Gyn. Sekt. des Kgl. ungar. Ärztevereins zu Budapest. 28. 11. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31. p. 1035. (37jährige IIIpara. Vorher zwei Spontangeburten. Jetzt hochgradige Dehnungserscheinungen, retrorektaler Tumor, der eine Spontangeburt unmöglich macht, doch gelingt die Extraktion des perforierten Kindes an dem Tumor vorbei. Über letzteren keine Angaben.)

48. *Marek, Rich., Über den Einfluss des Alters auf die erste Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Gyn. Rundschau Nr. 12—15.

49. *Markoe, J. W., Die geburtshilfliche Zange. Bull. of the Lying-in-Hospital. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn.

50. Mars, A., Vorstellung einer Frau nach Entbindung, drei Jahre nach einer wegen puerperaler Uterusinversion ausgeführten Piccoli-Operation. Lemberger Ärztliche Gesellschaft. 12. Januar. Nowiny Lekarskie Nr. 5. p. 303. Polnisch. (Die Frau kam kreissend in die Klinik, Muttermund so hoch gelegen über dem Promontorium, dass kaum mit dem Finger zu erreichen, vorderes Scheidengewölbe stark herab- und vorgedrängt. Trotzdem Spontangeburt. Als die Plazenta nach drei Stunden nicht abging, mit grosser Schwierigkeit manuell entfernt, wobei der Finger keinerlei Narbe an der hinteren Uteruswand zu tasten vermochte.) (v. Neugebauer.)

51. Miller, Harold A., Difficult and dangerous labours. Journ. of Am. Med. Assoc. 7. Sept. p. 770.

52. Minuchin, N., Ruptur der Symphyse unter der Geburt. Wiener klin. Rundschau. Nr. 44 u. 45. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 48. p. 2286. (Das Ereignis erfolgte während einiger Zangentraktionen. Als Ursache wird eine abnorme Auflockerung der Symphyse während der Schwangerschaft angenommen. (Spontanheilung.)

53. Morse, A. H., Die Pubiotomie bei Gesichtslage. Surg., Gyn. and Obst. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39. p. 1293. (Empfiehlt bei persistenter mentoposteriorer Gesichtslage den Schambeinschnitt mit anschliessender Drehung und Extraktion per forcipem.)

54. *Newell. F. S., Cardiac complications of pregnancy and labour. Journ. of Amer. Med. Assoc. Sept. 28.

55. *— Die Verantwortlichkeit des Geburtshelfers. Am. Journ. of Obst. Dez. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 621.

56. *Outerbridge, Geo W., Decidua formation in the omentum in secondary abdominal pregnancy. Amer. Journ. of Obst. Febr.

57. Paskiewicz, S., Ein Fall von ansgetragener Extrauteringravidität. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 4.

58. Pestalozza, G. D., Su di un caso di taglio cesareo vaginale e plastica cervicale per prolasso utero-vaginale con enorme ipertrofia del collo in travaglio di parto. (Über einen Fall von vaginalem Kaiserschnitt und Cervixplastik wegen Uterus-Scheidenvorfall mit enormer Hypertrophie der Cervix während der Geburt. Arte Ostetrica. Milano anno 26. p. 97. (Artom di Sant' Agnese.)

59. Pfeifer, G., Normale Geburt nach Exstirpation einer Niere. Gyógyászat 1911. Nr. 10. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36. p. 1195.

60. *Pherson, Mc. Ross, Indications for abdominal caesarean section with the technic of the operation and analysis of 352 cases from the wards of the New York Lying-in-Hospital. Amer. Journ. of Obst. July. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. p. 1409.

61. — Bericht über einen Fall von schwerer Anämie mit jauchendem Myom; Heilung. Bull. of the Lying-in-Hospital, Juni. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 49. p. 1679. (30jähr. Vpara, die schon bei der Geburt von Zwillingen viel Blut verloren hatte, bekam am 10. Tage post partum eine schwere Metrorrhagie, als deren Ursache ein nekrotisierendes submuköses Myom sich nachweisen liess. Nach Exstirpation desselben und durch Pleuritis gestörter Rekonvaleszenz Heilung.)

62. Potel, G., Genitale Gangrän nach schwerer Entbindung. Gynécologie. 16. Jahrg. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 50. p. 1720.

63. — Gangrène génitale d'origine dystocique. Disparition de presque tout l'utérus, du vagin, de l'urètre vaginal, du basfond vésical et de la paroi antérieure du rectum. Restaurations multiples. Guérison. La Gynécologie, Juni p. 340. (Ein ähnlicher Fall ist bisher nicht beobachtet. 22jähr. Frau, seit 4 Tagen kreissend. Steisslage mit fest um das Kind kontrahiertem Uterus. Elender Allgemeinzustand. Blase bis zum Nabel reichend; Katheterismus gelingt nicht. Nach vergeblichen Versuchen, mit Steisszange, Steisshaken, mit der Hand, den Steiss ins Becken zu ziehen, gelingt das schliesslich mit dem Braunschen Haken. Der Kopf wird perforiert. Kind über 5000 g. Bereits zwei Tage später Abstossung eines gangränösen Stückes der Vorder- und Hinterwand, so dass Blase, Scheide und Rektum kommunizieren. Die Gangrän dehnt sich schliesslich in der im Titel angegebenen Weise aus. Vom Uterus ist nur ein 1½ cm langes Stück Korpus zurückgeblieben. 3 Monate später Operation, die bei ausgiebiger Mobilisierung von Blase und Rektum sofort Erfolg hatte.)

64. *Preiser, Über Krankheitsbilder aus dem Grenzgebiete zwischen Gynäkologie und Orthopädie. Ärztl. Verein in Hamburg. 26. 3. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 15. p. 839.

65. Rogow, Komplikation in der Geburt nach Ventrofixatio uteri. Russki Wratsch. Nr. 18. (Vor 5 Jahren wurde eine Dermoidzyste des rechten Eierstocks per abdomen entfernt und der Uterus mit Catgutnähten ventrofixiert. Vor 1½ Jahren erste Geburt mit Zange beendigt. Zweite Geburt: Schräglage, Muttermund am Kreuzbein, nur nach Einführung der ganzen Hand erreichbar. Bei eröffnetem Muttermunde wurde mit der Hand in den Uterus eingegangen; Füsse unerreichbar, weil sie sich wie in einem abgeschlossenen Sacke befanden, welcher durch Abknickung des Uteruskörpers entstanden war. Hintere Uteruswand ad maximum gedehnt, vordere Wand dick, narbig. Es fing an zu bluten, die Nabelschnur hörte auf zu pulsieren. Deshalb Herableiten des Armes, Dekapitation mit dem Haken.) (H. Jentter.)

66. Roismann, Schlioma, Ausdehnung der kindlichen Harnblase mit gleichzeitigem Aszites als Geburtshindernis. Inaug.-Dissert. Berlin.

67. Rosner, Frau und operatives Präparat ihrer Milz vorgestellt. Przéglad Lekarsk. Nr. 7. p. 121. (Polnisch). (Gebärende eingebracht mit angeblich in Cavo Douglasii inkarzerierter Ovarialzyste. Die Zyste wurde in das Becken heraufgedrängt, Partus erfolgte spontan. Nach einigen Tagen Laparotomie. Der Tumor erwies sich als die teilweise nekrotisierte Milz, verwachsen mit dem Wurmfortsatze. Guter Verlauf. Dieselbe Frau hatte schon einmal vor einem Jahre in der Klinik gelegen. Damals lag der Tumor wenig beweglich in der Nabelgegend. Fieber. Man schwankte zwischen einem Exsudat und einem Tumor der Bauchwand. Nach einigen Wochen verminderte sich der Tumor, die Frau ging damals auf eine Operation nicht ein. Braun erwähnt einen eigenen Fall. Die Frau gab an, eine Wanderniere zu haben. Die Ärzte konstatierten dagegen eine stielgedrehte Ovarialzyste. Sub operatione zeigte sich, dass der rechterseits gelegene Tumor wirklich die linke Niere war.)

68. Rübsamen und Charlipp, Praktische Ergebnisse einer klinischen Methode zur quantitativen Bestimmung von Blutverlusten in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Archiv f. Gyn. Bd. 95. p. 473.

69. Rüder, Partus bei Ovarialkystom, das fest im Becken eingekeilt war. Geb.-gyn. Ges. zu Hamburg. 6. 2. Zentralbl. f. Gyn. p. 444. (Punktion per vaginam. Entwickelung des Kindes. Die Laparotomie, die jetzt folgen sollte, wurde abgelehnt. Glatte Heilung).

70. *Sachs, Über Infektion und Infektionsfieber intra partum. Nordd. Ges. f. Gyn. 10. 2. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 523.

71. *— Bakteriologische Untersuchungen beim Fieber während der Geburt. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21. p. 682.
72. Samsonowitsch, J., Über die Häufigkeit der geburtshilflichen Operationen im Frauenspital Basel-Stadt. Inaug.-Dissert. Basel. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 79.
74. — Übertragene Nebenhornschwangerschaft. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 21. 9. 1911. Zentralbl. f. Gyn. p. 283.
75. Schumann, Edw. A., Cornual pregnancy in the normal uterus with the report of a case. Amer. Journ. of obst. April.
76. Smyly, William, A case in which a papyraceus foetus was expelled before a living child. — Royal acad. of med. of Ireland, Sect. of obst. — 5. I. — Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Jan. p. 64. (Am Ende des 7. Monats Ausstossung eines Foetus papyraceus ohne Plazenta. In der Hoffnung, das zweite Kind zu erhalten, wurde die Nabelschnur so hoch wie möglich abgetrennt. Wegen Fieber 3 Tage später Entbindung von dem 2. Kind notwendig. Glatte Heilung.)
77. *Spain, Kate, C., Childbirth in elderly Primiparae. Am. Journ. of Obst. March.
78. Spire, Zwei Beobachtungen von akutem Hydramnios. Rev. mens. de gyn. d'obst. et de piol. 1911 Oct. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 482.
79. Stelmachowski, C., Über Hydramnion. Inaug.-Diss. Breslau. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35. p. 1174.
80. Stiéber et Robert Garipuy, Fibrome praevia. Opération césarienne conservatrice. Dilatation gastro-duodénale aigue post-opératoire et arhythmie cardiaque. Réunion obst. et gyn. de Toulouse, 7. II. — Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 2. p. 171. (Titel sagt alles.)
81. Stoeckel, Tödliche intraperitoneale Verblutung intra partum. Nordwestd. Ges. f. Gyn. 11. XI. 1911 in Hamburg. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 483. (32jähr. IIpara. Während der Geburt plötzlich Kollaps nach 20stündiger Wehentätigkeit. Einlieferung in die Klinik mit guten Herztönen und stehender Fruchtblase. Innerhalb der nächsten Stunde tritt Pulsbeschleunigung, zunehmende Empfindlichkeit und Auftreibung des Leibes, eine Dämpfung in der linken Unterbauchseite auf. Probepunktion ergibt Blut. Laparotomie. Bauchhöhle mit flüssigem und geronnenem Blut erfüllt. An der Hinterfläche des Uterus in der Höhe des Os internum links von der Mittellinie eine defekte Stelle im Peritoneum und in deren Mitte 2 grosse Venenlumina. Sectio. Porro, 2 Stunden später Exitus an Anämie. Es handelte sich also um das Platzen eines subserösen Varix.)
82. Stookes, A., Caesarean section. North of England obst. and gyn. soc. 19. I. Ref. Lancet. Febr. 3. p. 299. (2 Fälle. Im ersten Sectio und supravaginale Amputation wegen eines grossen submukösen, die Scheide verlegenden Myoms, das von der Hinterwand des Uterus ausging. Exitus im Shock 2 Stunden p. op. — Im zweiten Fall wurde wegen Zeichen von Darmverschluss die Operation gemacht. Exitus am nächsten Tag. Obduktion fehlt.)
83. Strassmann, P., Zwei vaginale Myomenukleationen unter der Geburt. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin 14. VI. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. p. 509. (Ausführliche Würdigung der bisher in der Literatur zu dem Thema vorliegenden Erfahrungen. Dazu zwei eigene Fälle. 1. 34jähr. IIpara. Die Frau wird 17 Stunden nach Wehenbeginn mit gesprungener Blase, Wehenschwäche und nach links abgewichenem Kopf eingeliefert. Ursache: ein in der rechten Cervixwand sitzender (750 g schwerer) Tumor, der den Beckeneingang grösstenteils verlegt, nicht reponibel ist. Da der Kaiserschnitt zu riskiert erscheint, vaginale Enukleation (geringe Blutung), Entwickelung des Kindes durch hohe Zange. Tamponade des Wundbetts, die vom 8. Tag ab täglich gekürzt wird. Glatter Verlauf. — 2. 23jähr. Ipara. Bei vollständig erweitertem Muttermund, Unmöglichkeit des Eintrittes des Kopfes, da ein das hintere Scheidengewölbe herabdrängender faustgrosser Tumor vorlag. Repositionsversuch ohne Erfolg, Perforation neben dem Tumor unmöglich, daher vaginale Ausschälung des Tumors, der sich als gut abgegrenztes extraperitoneal entwickeltes retrocervikales Myom erwies. Tamponade des Wundbetts, glatter Verlauf. — Allgemein bemerkt Strassmann, dass man die vaginalen Operationen auf im Becken liegende Zervikalmyome beschränken und die Geburt vor der Versorgung des Wundbetts beendigen soll.)
84. Thaler, H., Zur Anwendung der Lokalanästhesie bei Kolpohysterotomia anterior. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24. (Bei 9 Fällen guter Erfolg.)

85. Trillat, Diskussion zu Gonnet (Nr. 31). — Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. 1ère année Nr. 3. p. 317.
86. — Déchirure de la vessie au cours d'une application de forceps. — Réunion obst. et gyn. de Lyon 11. III. Bull. de la soc. d'ost. et de gyn. de Paris. 1ère année. Nr. 3. p. 212. (Bei vollständiger Eröffnung und im Becken stehendem Kopf wegen schlechter Herztöne Forzeps, der ohne jede Schwierigkeit ein lebendes Kind zu Tage fördert. Am 3. Tag p. part. unter Temperaturanstieg Harnabfluss durch die Scheide. Komplette Zerreissung der vesikovaginalen Scheidewand von 6 cm Länge vom Blasenhals bis zum Uterus. Am 25. Wochenbettstag Naht mit Draht, Verweilkatheter, Heilung. Wahrscheinlich hatte der Zangenlöffel die Aufschlitzung herbeigeführt.)
87. Vogelsberger, Zur Kasuistik und Genese der traumatischen Verletzungen der weichen Geburtswege. Arch. f. Gyn. Bd. 97. H. 3. (8 Fälle. 2 Fälle von querer Zerreissung der Urethra durch zu feste Scheidentamponade, 2 Fälle von Abreissung des Urethralwulstes bezw. der Urethra am Blasenhals bei Pubotomie. 4 Fälle von Zerreissung des hintern Scheidengewölbes bei schweren Wendungsversuchen.)
88. Walker, J. F., Ruptur einer Dermoidzyste während der Geburt. Brit. med. journ. 7. Dez. Ref. Zentralbl. 1913. p. 513. (Zange bei Hinterhauptslage, wobei eine rechte intraligamentäre Dermoidzyste rupturierte. Erst in der Nacht sich einstellendes heftiges Erbrechen mit starkem Meteorismus erregte Verdacht und führte zur Operation mit Heilung.)
89. Weichsel, Kurt, Der tiefe Querstand bei Kopflage. Inaug.-Dissert. Freiburg.
90. Wernig, R. van, Ein Fall von schmerzloser Geburt. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1910, 1. p. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 313.
91. Werner, Übertragene Nebenhornschwangerschaft. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 12. 11. 1911. Zentralbl. f. Gyn, Nr. 20. p. 650.
92. Wesenberg, W., Verblutung während der Geburt infolge Ruptur eines Aneurysma der Milzarterie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15.
93. *Winter, Diskussion zu Sachs (70). Nordostd. Ges. f. Geb. u. Gyn. 10. 2. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 524.
94. *Wright, Adam H., Prolonged pregnancy. Interstate med. journ. Vol. 18. Nr. 10. 1911.
95. Zaharescu, N., Zur Diagnose und Behandlung des vorzeitigen Einreissens der Eihäute. Spitalul Nr. 9. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 88.
96. — Betrachtungen über zwei Fälle von Dystokie, bewirkt durch solide Ovarialgeschwülste. Revista stiintzelor med. Mai. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 81. (1. Kaiserschnitt, lebendes Kind, Frau 6 Stunden später an Erschöpfung (?) gestorben. 2. Es gelang, den Tumor in Narkose aus dem Becken herauszuheben und die Geburt mit Forzeps zu beendigen. In beiden Fällen handelte es sich um solide, inkompressible Geschwülste.)
97. Ziegler, Ch. Edw., Akute Dilatation of the stomach. Report of a case following caesarean section. Amer. Journ. of obst. Dec. (In der Literatur nur vier Fälle dieser Art. 24 Stunden nach dem Kaiserschnitt, der unter Vorwälzen des Uterus vorgenommen wurde, trat unter Temperatursteigerung die starke Dilatation des Magens auf. Heilung nach langwieriger Behandlung, die in den ersten Wochen in täglich 6—10mal vorgenommener Magenauswaschung bestand.)
98. Zurhelle, E., Die Röntgendiagnose der Extrauteringravidität in späteren Monaten mit abgestorbener Frucht. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36.
99. Zweifel, P., Ein neues Rücklaufperforatorium. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30.

Wright (94) hält die Gefahren einer Geburt bei übertragenem Kind für so gross, dass er prinzipiell rät, schon wenige Tage nach dem berechneten Geburtstermin die Geburt einzuleiten, wozu ihm die vaginale Tamponade mit oder ohne nachfolgende Bougierung als geeignetstes Verfahren erscheint. Den naheliegenden Einwand, dass man mit der üblichen Berechnung des Geburtstermins oftmals das normale Schwangerschaftsende gar nicht trifft, entkräftet Wright damit, dass es für Mutter und Kind sicherer sei, lieber einmal eine Geburt 2 Wochen ante als post terminum einzuleiten.

Lipinski (44) berichtet über 64 Fälle von Sturzgeburten, das ent-

spricht 0,99 % aller Geburten. Auffallend sind dabei die hohen Mortalitätsziffern (3,12 % für die Mütter, 14,2 % für die Kinder).

Kate Spain (77) weist nach, dass die Ansicht der grösseren Gefährdung älterer, über 30 Jahre zählender Erstgebärender durch die Geburt nicht zutrifft. Die Geburt dauert vielfach nicht länger, die durch angebliche Rigidität der Cervix und des Dammes hervorgerufenen Gefahren gehören in das Reich der Fabel; höchstens durch infolge dieser Furcht unzeitig vorgenommene operative Eingriffe sind ältere Erstgebärende mehr gefährdet; sonst lassen sich Unterschiede kaum nachweisen. Allenfalls resultieren aus einer in diesen Jahren häufigeren Wehenschwäche Gefahren. Auffallend ist die grössere Häufigkeit von Zwillingen bei älteren Erstgebärenden. — Merkwürdig berührt nach diesen Darlegungen die aus logischen (sic!) Gründen aufgestellte Forderung, alle möglicherweise aus falscher Lage, Wehenschwäche oder einem gewissen Missverhältnis zwischen Kopf und Becken zu befürchtenden Gefahren durch die künstliche Frühgeburt in der 36. Woche zu umgehen.

Auf Grund der Untersuchung von fünf Schleimhautpolypen, die in verschiedenen Perioden der Schwangerschaft aus dem Uterus entfernt worden waren, schliesst Gaifami, dass in den Cervixpolypen während der Schwangerschaft ein starker Gefässreichtum bezüglich der Blutgefässe, wie auch oft der Lymphgefässe besteht; als dessen Folgen oft verschieden grosse Ödemzonen auftreten (allgemeine histologische Veränderungen der Polypen während der Schwangerschaft).

Ebenfalls häufig ist bei den Cervixpolypen, selbst wenn sie direkt der Cervix anhaften, wie auch bei jenen, die im Cervixkanal sich vorfinden, deren Haftstellen aber wahrscheinlich in der Höhle des Körpers liegen, der Befund einer decidualen Umwandlung des Bindegewebes. Die deciduale Umwandlung weist in den verschiedenen Fällen eine verschiedentliche Intensität und Ausdehnung auf; meistens ist sie auf beschränkte Zonen umschrieben, kann aber auch den ganzen Polypen interessieren; bisweilen kommt es nicht zu einer echten decidualen Umwandlung, selbst nicht einmal zu einer beschränkten, und man kann nur von einer Art Reaktion sprechen (spezifische Schwangerschaftsmodifikationen der Cervixpolypen).

Verf. benutzt diese Modifikationen, um die Histogenese der Deciduazellen zu studieren, da ihm in den meisten seiner Fälle die Herkunft von Bindegewebe klar scheint. Zu diesem Studium verwendet er auch eine grosse Reihe von Versuchen, ausgeführt auf die Cervixschleimhaut (Annali di Ostetriciae Ginecologia 1911), in denen Verf. das häufige Auftreten deciduaähnlicher Zellen und echter Deciduazellen auch in die niedrigsten Sektionen des Cervixkanales nachgewiesen hatte. (Artom di Sant' Agnese.)

Sehr eingehend wird der Einfluss des Alters auf die Prognose der Erstgeburt in einer Arbeit von Marek (48) behandelt, die sich auf ein Material von 1000 Geburten Erstgebärender stützt. Marek stellt sechs Gruppen (13—17 Jahre, 18—20, 21—23, 24—26, 27—29, über 30 Jahre alte Erstgebärende) auf. Aborte sind bei Erstgebärenden selten, Frühgeburten häufig bei der sechsten Gruppe und auch in der ersten Gruppe etwas häufiger als dem Durchschnitt entspricht. Für beide dürfte eine Insuffienz der Uterusmuskulatur (und der Ovarienfunktion) ursächlich in Betracht kommen. Nephropathien, Eklampsie nehmen mit dem Alter der Erstgeburt an Häufigkeit zu. Die Prognose der Geburt ist bei der letzten Gruppe zweifellos schlechter, da die Rigidität der Weichteile und vor allem häufige Wehenschwäche häufig künstliche Eingriffe, frühzeitigen Blasensprung und Blutungen post partum veranlassen. Ebenso tritt mit zunehmendem Alter eine Vermehrung falscher Kindeslagen, Totgeburten und herabgesetzte Vitalität der Kinder in Erscheinung. Schliesslich wäre noch die interessante Feststellung zu erwähnen, dass bei alten und bei ganz jungen Erstgebärenden der Knabenüberschuss viel grösser ist als durchschnittlich bei Erstgebärenden. Die vielfach behauptete Gefährdung ganz

junger Erstgebärender wird vom Verfasser in Übereinstimmung mit Bondy (cf. Jahresbericht 1911) nicht anerkannt. Auf Grund seiner Feststellungen sieht Verf. die Zeit von 18—23 Jahren als das günstigste Alter der Erstgeburt sowohl für Mutter als Kind an.

Aus den wertvollen Untersuchungen von Sachs (70, 71) geht hervor, dass Fieber intra partum keine strenge Indikation zur Entbindung abgibt. Insbesondere wird durch jeden mit Verletzungen einhergehenden entbindenden Eingriff die Prognose nur verschlechtert. Damit soll natürlich nicht gesagt sein, dass eine Abkürzung der Geburt, soweit das ohne Verletzung möglich ist, nicht erwünscht wäre. Durch das Pituitrin ist man glücklicherweise meist in der Lage, die Geburt in schonender Weise zu beschleunigen. Auch Winter (93) hebt in der Diskussion zu Sachs hervor, dass durch operative Eingriffe die Wochenbettsprognose nur verschlechtert wird. Gerade diese Erfahrung, die durch die bakteriologische Kontrolle verständlich wurde, hat ihn veranlasst, Fieber intra partum als Indikation zur operativen Beendigung der Geburt ganz zu streichen.

v. Herff und Hell (31) kommen auf Grund vergleichender Untersuchungen über die wehentreibende Wirkung von Secacornin und Pituglandol zu dem Ergebnis, dass ersteres zu den besten Wehenmitteln gehört, vielleicht sogar dem Pituitrin überlegen ist. 1 g Pituglaudol entspricht in der Wirkung 0,25 g Secacornin, dessen untere tetanisierende Dosis um 0,5 g liegt. Die Wirkung des Secacornin ist langsam, dafür anhaltend, Fehlschläge kommen seltener vor und besonders eignet es sich zur Bekämpfung der zu seltenen und zu schwachen Wehen; denn die Zahl der Wehen steigt, ihre Kraft nimmt zu. Zu beachten ist nur die kumulierende Wirkung.

Mc. Pherson (60) führt in seiner grossen Arbeit als Indikationen zum Kaiserschnitt an: enges Becken, ungewöhnlich grosses Kind, Placenta praevia, Eklampsie bei unvollständig erweitertem Muttermund, Neoplasmen, Narbenstenosen usw. und gruppiert danach sein Material. In 78 % (unter 352 Fällen) gab ein enges Becken, 7 mal ein grosses Kind, 12 mal Placenta praevia die Indikation. Die Gesamtmortalität war für die Mutter 38, für die Kinder 53, darunter allerdings 20 frühgeborene. Unter Abrechnung der moribund zur Operation gekommenen Fälle betrug die mütterliche Mortalität 9,6 %. Verfasser kommt zu dem Schluss, dass vorhergehende Untersuchungen oder gar Entbindungsversuche die Prognose trüben, wogegen die Geburtsdauer an sich die Resultate nicht stört. Seine Operationstechnik ist die von Davis angegebene (Schnitt oberhalb des Nabels, kein Vorwälzen des Uterus).

Von Komplikationen der Geburt durch Allgemeinerkrankungen behandelt Folliet (19) in einer zusammenfassenden Arbeit den Diabetes. Daraus sei hier erwähnt, dass die Entbindung Diabetischer gewöhnlich länger als normal dauert, häufig Störungen durch übergrosse Kinder und Neigung zu Blutungen vorkommen.

Newell (54) behandelt die Herzkrankheiten. In jedem Fall wird ständige ärztliche Überwachung gefordert. Bei inkompensierten Herzfehlern ist bei Hinzutreten einer Gravidität sofort zu unterbrechen, da ein schon den normalen Ansprüchen nicht genügendes Herz notwendig versagen muss. Bei Eintritt der Dekompensation während der Schwangerschaft soll ein Versuch zur Wiederherstellung der Kompensation gemacht, bei Fehlschlagen dieses Versuches unterbrochen und jedenfalls jede weitere Gravidität verboten werden. Bei jedem Herzfehler ist namentlich während der Geburt eine sorgfältige Überwachung notwendig und soll die Geburt so weit als möglich abgekürzt werden, um dem Herzen nicht zu viel Arbeit zuzumuten. Ganz besonders gilt das bei Mitralstenose und bei Herzmuskelaffektionen.

Markoe (49) empfiehlt für den Gebrauch der „hohen" Zange äusserste Zurückhaltung, zumal sich oft noch später Schädigungen der Kinder, z. B. Epilepsie, herausstellen, die auf die Zangenentbindung zu beziehen sind.

Newell (55) wünscht in einer sehr zeitgemässen, wenn auch zunächst amerikanische Verhältnisse in Betracht ziehenden Abhandlung ganz allgemein eine grössere Sorgfalt der Geburtsleitung und verlangt eine möglichst individualisierende Behandlung des Einzelfalles. Die moderne Frau der (amerikanischen) Grossstädte ist vielfach physisch und fast immer psychisch unfähig, die Geburt spontan und ohne Anästhesie zu überstehen. Diese Tatsache erfordert aber gewandte Geburtshelfer und Newell eifert lebhaft gegen die ungenügende Ausbildung der Ärzte in der Geburtshilfe einerseits, gegen die geburtshelferische Tätigkeit nicht gehörig ausgebildeter Ärzte andererseits, die so vielen Kindern das Leben kostet und so vieler Frauen Gesundheit dauernd schädigt. Publikum wie Ärzte müssen dahin erzogen werden, in jedem Falle, der nicht ganz normal scheint, zeitgerecht in der Schwangerschaft oder unter der Geburt die Hilfe eines erfahrenen Geburtshelfers in Anspruch zu nehmen. Denn gerade die Operationen ungenügend ausgebildeter praktischer Ärzte bringen den grössten Schaden. Das kindliche Leben wird von Newell sehr hoch bewertet, demgemäss auch dem Kaiserschnitt in allen zweifelhaften Fällen das Wort geredet. Echt amerikanisch ist die Forderung, die Narkose einzuleiten, sobald die Wehen stärker schmerzhaft werden und operativ zu entbinden, sobald der Zustand des Geburtskanales es ermöglicht.

Möglichstes Individualisieren, genaueste Beckenmessung, Impressionsversuch des Schädels, Beachtung der Erfahrungen bei vorhergegangenen Geburten verlangt auch Miller (51). Die Geburt ist so zu leiten, dass im Falle eines Stillstandes derselben noch der Kaiserschnitt gemacht werden kann, der jedenfalls der Anwendung der hohen Zange vorzuziehen sei. Letztere ist nur erlaubt, wenn das Milieu eine Sectio ausschliesst. Die Pubotomie soll nur bei genügender Assistenz gemacht werden und wenn man sicher ist, dass ein geringer Zuwachs zur Conjug. vera, zum Durchtritt des kindlichen Schädels genügt. Die Perforation des lebenden Kindes wird verworfen.

Bei der Häufigkeit der decidualen Reaktion an den verschiedensten Abschnitten der Serosa des Beckens und der Bauchhöhle muss es eigentlich verwunderlich erscheinen, dass trotz der so häufigen Verwachsungen mit dem Netz über deciduale Reaktion an letzterem so selten berichtet wird. So verdient der Fall von Outerbridge (56) besondere Erwähnung. Ähnliche Fälle sind bisher nur von Prochownik, Schmorl (3 Fälle), Lange, Peukert und zuletzt von Taussig beschrieben worden. Zur Theorie der decidualen Reaktion stellt sich Verf. auf den durch die Experimente von Loeb gegebenen Standpunkt, dass die letzte Ursache in einer Sensibilisierung durch aus dem Corpus luteum stammende Ovarialhormone zu suchen sei.

Preiser (64) bringt manche interessante neue Gesichtspunkte. Beim rachitischen Becken steht die Pfanne nicht im verlängerten schrägen Durchmesser, sondern mehr frontal-medial. Sämtliche Veränderungen des Beckens durch die Rachitis lassen sich auf einen Druck zurückführen, der auf das Becken von vorn nach hinten einwirkt (Kriechwirkung). Infolge der abnormen Pfannenstellung muss das rachitische Becken stark vornüberneigen. Durch den Zwang der aufrechten Haltung kommt es dann bei diesen Individuen allmählich zu einer Lockerung der Bänder namentlich in der Articulatio sacroiliaca. — Die Verlegung des Schwerpunktes der durch Becken, Ober-, Unterschenkel, für gebildeten statischen Einheit in der Schwangerschaft führt vielfach zur Schwangerschaftslumbago und -Koxalgie.

II. Mütterliche Störungen.

A. Bei der Geburt des Kindes.

1. Äussere Genitalien und Scheide.

1. Altkaufer, H., Fall von aussergewöhnlich günstig abgelaufener puerperaler Inversion der Scheide und Gebärmutter samt daran haftender Plazenta. Medycyna 1911. Nr. 34. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. p. 723.
2. *Berger, Heinrich, Über Prognose und Häufigkeit der Dammrisse. Inaug.-Diss. Freiburg. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 873.
3. Bertino, A., Sulle lacerazioni del perineo durante il parto. Über die Dammrisse während der Geburt. Gazz. Ital. d. levatrici Siena Anno 1. p. 281. (Artom di Sant' Agnese.)
4. *Blume, Frederick, Notes on injuries of the pelvic floor resulting from child birth. Transact. of the Am. Ass. of Obst. and Gyn. Am. Journ. of Obst. Dez.
5. Boerma, N. J. A. F., Schwangerschaft und Geburt bei Persistenz des Sinus urogenitalis. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 47. (Hypospadie stärksten Grades infolge Bestehenbleibens des Sinus urogenitalis bei normalen inneren Geschlechtsorganen. Die gemeinsame Öffnung nach aussen liess kaum die Spitze des kleinen Fingers durch. Die Entbindung erfolgte operativ, sobald der Kopf tief im Becken stand. Es wurde in halber Höhe zwischen Anal- und Sinusöffnung das Perineum eingeschnitten, dann stumpf vorgedrungen, bis der Finger — nur durch eine dünne Membran von ihm getrennt — den Kopf erreichte. Hier wurde eingeschnitten, die Öffnung erweitert bis der Forzeps angelegt werden konnte. Nach Entwickelung des Kindes wurde die Schleimhaut des wohlgebildeten Fornix vaginae vorn und hinten bis zur Dammgrenze heruntergezogen und fixiert. Glatte Heilung.)
6. *Bonnet-Laborderie, A., Sur les inconvénients des restaurations trop complètes du perinée au point de vue des accouchements altérieurs. Journal des sciences méd. de Little 29. VI. Ref. La Gynécologie. Nr. 9. p. 573. Am. Journ. of Obst. October. p. 654.
7. Buzzoni, R., Tre casi di lacerazione perineale completa con trattamento per riunione immediata secondaria. Drei Fälle von vollständiger Dammzerreissung mit Behandlung durch unmittelbare sekundäre Vereinigung. Arte Ostetrica. Milano. Anno XXVI. p. 289. (Artom di Sant' Agnese.)
8. Chashinsky, Zur Kasuistik der Zervikovaginalfisteln. Wratsch. Gaz. Nr. 48. (Ipara, 25 Jahre alt; schwere Nephritis; deshalb künstliche Unterbrechung der 5 monatlichen Schwangerschaft. Cervixdilatation nach Hegar bis Nr. 13; Einführen eines Metreurynters (100 ccm). Nach 24 Stunden wurde der Ballon in der Scheide gefunden, der Schlauch ging in eine Öffnung in der hinteren Cervixwand und dann zum unveränderten äusseren Muttermund heraus. Die mazerierte Frucht und die Nachgeburt kamen durch die Rupturöffnung. Verf. schuldigt in der Hauptsache Rigidität des äusseren Muttermundes an.) (H. Jentter.)
9. Fischer, F., Eine grosse Vaginalzyste der hinteren Scheidenwand als Geburtshindernis. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. H. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. p. 660. (36 jähr. IIIpara. 426 g schwere Zyste der hintern Scheidenwand (Redentionszyste?), die etwa in der Mitte der Scheide die stärkste Vorwölbung zeigte. Beim Versuch, mit der Zange an der Zyste vorbei an den Kopf zu gelangen, schlüpfte die Zyste plötzlich spontan aus ihrem Mutterboden heraus, wonach die Geburt leicht beendigt werden konnte. Glatte Heilung.)
10. Grabowiecki, C., Über einen Fall von Ruptura rectovaginalis bei spontaner Geburt. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21. (24 jähr. Ipara. Rigider hoher Damm, Armvorfall neben dem Kopf. Bei intakt bleibendem, wenn auch stark vorgewölbtem Damm wölbt sich auch die Rektalwand immer mehr vor, bis schliesslich der Arm durch einen Riss in derselben vorfällt. Erst jetzt wird der Arzt gerufen, spaltet den Damm, worauf leichte Spontangeburt erfolgt. Bereits 2½ Wochen p. part. gingen ohne weitere Behandlung Stuhl und Winde ihren normalen Weg, die Fistel hatte sich spontan geschlossen.)
11. Green-Armytage, V. B., Porroscher Kaiserschnitt wegen Elephantiasis der Vulva. Journ. of obst. and gyn. of the Brit. empire Vol. XXII. Nr. 5. Nov.
12. Kutowa, Ein Fall von Abreissung des hinteren Scheidengewölbes in der Geburt

mit Austritt des Fötus und der Plazenta in der Bauchhöhle. Laparotomie. Heilung. Russki Wratsch. Nr. 15. Sitzungsb. der geb.-gyn. Ges. zu Wien. (H. Jentter.)
13. Lehle, Hämatom der Vulva. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 44.
14. Llobet, Beitrag zur Frage des zentralen Dammrisses. Diss. Toulouse. Ref. Zentralblatt f. Gyn. Nr. 51. p. 1745. (Nichts Neues. Bericht über 150 der Literatur und zwei eigene Fälle.)
15. Lott, H. S., On obstetric accident. Transact. of Am. Assoc. of Obst. and Gyn. 1911. Am. Journ. of Obst. January p. 80. (Ein Praktiker hatte bei einem Forzeps die hintere Scheidenwand derart abgerissen, dass sie als zungenförmiger Lappen vor der Vulva lag, ausserdem das hintere Scheidengewölbe durchbohrt. Die ganze Scheide war angefüllt mit vorgefallenem Darm. Reposition der Därme, Naht der Verletzungen unter ausgiebiger Drainage. Heilung.)
16. Marks, S., Labor with birth simultaneously through the rectum and through the vagina. Transact. of the N. Y. Academy of Medicine 28. XII. 1911. Am. Journ. of Obst. March. p. 483. (Bei Zangenentbindung grosser Riss im Rektum. Armvorfall durch den Anus, Geburt des Kindes aber durch die Vulva.)
17. Mayer, Arthur, Über einen Fall von Ruptur des Septum rectovaginale bei spontaner Geburt. Inaug.-Diss. München. Juni.
18. Norris, Ch. C., Complete Laceration of the pelvic floor. Am. Journ. of Obst. June. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51. p. 1745.
19. Paucot, M. H., Oligoamnios Forme rare de déchirure vagino-perinéale. Réunion obst. de Lille 28. VI. 1911. Bull. de la Soc. d'obst. de Paris etc. 14. Jahrg. Nr. 9. Dez. 1911. p. 565. (Hoher Grad von Oligohydramnie — nur ein Likörglas voll Fruchtwasser — totes Kind. 25jähr. Ipara mit sehr straffem Damm. Es kam zu einer merkwürdigen Geburtsverletzung. Der Damm selbst blieb intakt. Offenbar hatte der Kopf beim Andrängen gegen das unnachgiebige Perineum zu einer zirkumskripten Abhebung der Scheidenschleimhaut vom Septum rectovaginale geführt. Durch ein unter dieser Abhebung entstandenes rasch sich vergrösserndes Hämatom wurde die Ablösung der Scheide immer grösser bis schliesslich an der Scheidendammgrenze das Hämatom platzte. Spontangeburt eines 53 cm langen, 2393 g schweren Kindes; auch nach Ausstossung desselben kein Fruchtwasser. Weiterer Verlauf nach Naht der Wunde glatt.)
20. Pottet, M., Technik der Naht der Verletzungen von Vagina, Vulva, Damm und Rektum nach spontaner und künstlicher Entbindung. Revue prat. d'obst. et de péd. April. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51. p. 1744.
21. *Rougy, A. J., Report of a case of delivery through the perineum. Am. Journ. of obst. April. p. 608. (Zwischen Rektum und Vulva blieb eine $1^1/_2$ Zoll breite Brücke intakt. Rektum und Vulva selbst waren unverletzt. Naht, Heilung.)
22. Schulte und Rodde, Über Dammrisse. Inaug.-Diss. Berlin. Juli.
23. Vallois, M., Thrombus vulvaire pendant l'accouchement. Réunion obst. et gyn. de Montpellier. 17. IV. — Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. April. p. 390. (Faustgrosser, spontan intra partum entstandener Thrombus des linken grossen Labiums, der die Scheide nicht erreichte. Beim Durchschneiden des Kopfes platzt der Thrombus. Nach der Geburt breite Öffnung, Tamponade. Unter täglich vorgenommenem Tamponadewechsel und H_2O_2-Spülung innerhalb 18 Tagen Heilung.)

Eine sorgfältige statistische Arbeit bringt Berger (2) aus der Freiburger Klinik. Die Frequenz der Dammrisse betrug unter 4596 Geburten 16%, wovon 37,7% auf Erst-, 7% auf Mehrgebärende entfielen. Bei operativen Entbindungen kamen auf typische Zangen 43,7%, atypische Zangen 47,4%, Wendungen 17% Dammrisse. Dem Lebensalter der Mütter nach fallen 10% der Dammrisse in die Zeit bis zum 25. Jahre, 17,8% auf die Zeit zwischen 25. und 30. Jahre und erreichen dann rapide ansteigend in den 40er Jahren 100%.

Bonnet-Laborderie (6) weist auf die Gefahr zu hochreichender Dammnaht für spätere Geburten hin. Bei gewöhnlicher Dammnaht wird zwar immer die Episiotomie genügen, bei hochgehender Vereinigung der Levatoren wird man sich zum Kaiserschnitt entschliessen müssen, wenn nicht das ganze Resultat der früheren Operation in kaum reparabler Weise gestört werden soll.

Für die Geburten durch den Damm schuldigt Rougy (21) ätiologisch haupt-

sächlich engen Schambogen oder grossen Kopf oder beides an. Durch jede dieser Abnormitäten wird die Richtung der Resultante aller austreibenden Kräfte eine abnorme.

In der Arbeit von Blume (4) wird für exakte Dammnaht plädiert, was im Hinblick auf die von ihm geschilderten amerikanischen Missstände durchaus berechtigt erscheint. Da die Frauen einen Dammriss vielfach als Folge schlechter Geburtsleitung ansehen und die Qualifikation des Geburtshelfers um so schlechter wird, je mehr Nähte der Dammriss erfordert, werden von den Ärzten kleinere Dammrisse überhaupt nicht, grössere meist nur sehr unvollständig genäht. Die Folge ist, dass in Amerika eine unverhältnismässig grosse Zahl der Frauen an Deszensus leidet.

2. Cervix.

1. Auvray, Diskussion zu Cathala. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris 11. III. Bull. de la Soc. 1ère année. Nr. 3. p. 193.
2. Cathala, Volumineux fibrome praevia; césarienne suivie d'hystérectomie. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris 13. V. Bull. de la soc. 1ère année. Nr. 5. p. 432. — Ref. Presse méd. Nr. 44. p. 471. (1500 g schweres, von der Hinterwand ausgehendes Fibromyom als Geburtshindernis bei 25jähr. I para, Sectio. Totalexstirpation, glatte Heilung. Kind mit $1^1/_2$ Monaten gestorben. — Verf. wirft die Frage auf, ob man zur Umgebung der Sterilisation der Frau nicht auf die blosse Myomektomie sich hätte beschränken dürfen. Potocki will mit Rücksicht auf die rasche Rückbildung im Puerperium das Myom überhaupt unberührt lassen, eine Ansicht, der Brindeau mit Rücksicht auf die Gefahr der Infektion, Nekrose und den Umstand, dass bei einer folgenden Geburt das Hindernis wieder vorhanden gewesen wäre, entgegen.)
3. Cella, Georg, Über die Haltbarkeit der Cervixnarbe nach suprasymphysärem Kaiserschnitt. Inaug.-Diss. Heidelberg.
4. Doléris, Dystocie par oblitération du col. La Gynécol. Févr. p. 65. ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27. p. 405.
5. Fraipont, Geburtstörung durch Atresie des Collum uteri. Bull. de l'acad. royale de méd. de Belgique 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 559.
6. Frommer, Victor, Bemerkungen zur mechanischen Kollumerweiterung. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25. (Verteidigung seines bekannten Dilatators gegenüber den Angriffen von Bossi.)
7. Fukase, Schukichi, Ein Fall von Dystokie durch Cervixmyom. Inaug.-Diss. München.
7a. Gussallow, Echinococcus retrocervicalis extraperitonealis als Hindernis zur Spontangeburt. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28. p. 13.
8. Gutzmann, Retroflektiert und inkarzeriert gewesener schwangerer Uterus mit zervikalem Myom. Demonstration, Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin 28. VI. — Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. p. 761.
9. Jardine, Rob., Der Krampf des Kontraktionsringes als Geburtshindernis. Journ. of obst. and gyn. 1911. Juli. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 314.
10. John, R. L., Eine neue Methode für die hydrostatische Dilatation der Cervix. Therapeutic Gaz. 1911. 18. Okt. (Beschreibung eines neuen biskuitförmigen Metreurynters.)
11. Knack, A., Geburt und Gebärmutterkrebs. Inaug.-Diss. München.
12. Koch, Kurt, Über postpartale Hämatome der vorderen Muttermundslippe. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 69. Heft 3. (Zwei Erstgebärende von 28 und 20 Jahren mit normalem Becken, schnell verlaufender Eröffnungsperiode, sehr kräftigen Wehen und vorzeitig gesprungener Blase. Die Hämatome waren etwa faustgross, im zweiten Falle trat eine Ruptur des Hämatoms auf. In dem einen Fall wird ätiologisch eine Nephritis zur Erklärung herangezogen. Im übrigen sind beide Hämatome wohl mit dem vorzeitigen Blasensprung, der raschen Erweiterung der Cervix durch den Kopf und die Quetschung der vorderen Muttermundslippe zwischen Schädel und Symphyse zurückzuführen.)
13. Kroemer, Rissverletzung der Scheide und Cervix mit anschliessender Uterusruptur etc. Greifswalder med. Verein 26. Jan. Deutsche med. Wochenschr.
14. Kusmin, P. J., Über die Geschwülste des Beckenausgangs als Hindernis bei der

Geburt. Wratschnebnaja Gaz. Nr. 45. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 513. (1. Alveolares Karzinom des Beckenbindegewebes, das die hintere Scheidenwand vorwölbend als Geburtshindernis wirkte. Ausschälung und möglichst hohe Abtragung des Stiels der Geschwulst. Heilung. Ein Jahr später glatte Geburt. 2. Kindskopfgrosses Fibromyom der hinteren Cervixwand als Geburtshindernis. Enukleation desselben unter der Geburt, danach glatter Verlauf.)

15. Lobenstine, Ralph-Waldo, Vaginal Hysterotomy in the late months of pregnancy. Am. Journ. of Obst., May. (Unter den Indikationen führt Lobenstine auch Rigidität der Cervix, unerwartete Zufälle bei Herzkranken, Karzinom der Cervix, mangelhafte Entfaltung der Cervix. Die Operation ist aber für ausgebildete Operateure mit genügender Assistenz zu reservieren.)

16. Masson, le, Geburtsstörung von seiten der Mutter infolge Hypertrophie der Portio, kompliziert mit angeborener Anteflexio uteri und Stenose des äusseren Muttermundes. Rev. prat. d'obst. et le péd. 1911. Nov. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19. p. 622.

17. Meyer-Ruegg, Das Oedema acutum cervicis uteri gravidi et parturientis. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte Nr. 31. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 82 und Münchner med. Wochenschr. p. 2584. (Meyer fügt 22 bekannten Fällen einen neuen an. Beim Pressen, beim Wasserlassen trat die vordere Muttermundslippe als 6 cm langer bläulich-roter Tumor vor die Genitalien, verkürzte sich aber dann bei stärker werdenden Wehen vollständig, so dass keine Geburtsstörung auftrat. Zur Erklärung nimmt Meyer nicht Blut- oder Lymphstauung an, sondern erklärt die Schwellung als eine beim Austreten der hypertrophischen Portio vor die Genitalien entstandene Geburtsgeschwulst, ein Oedema ex vacuo.)

18. Potocki, L'infection du col pendant le travail et la rigidité secondaire des bords de l'orifice utérin. Ann, de gyn. et d'obst. März. p. 154.

19. — Diskussion zu Cathala (2). Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. sère année Nr. 5. p. 435.

20. Rizzatti, Cervixriss dritten Grades bei einer spontan erfolgten Zwillingsgeburt mit Polyhydramnion. Geb.-gyn. Ges. der Marcken und der Emilia (Italien) 18. II. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36.

21. Saniter, Durch einen Metreurynter abgerissene Portio vaginalis. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 22. III. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. p. 196. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 50. p. 1695.

22. Sauvage, M., Contracture de l'utérus pendant le travail nécessitant l'hystéréctomie. Fibrome cervico-segmentaire. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 22. IV. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. April p. 340. (31 jähr. I para, kindskopfgrosses submuköses, von der Hinterwand des Isthmus ausgehendes Myom als Geburtshindernis. Tetanische Kontraktion des Uterus infolge der vergeblichen Austreibungsbestrebungen. Vaginale Ausschälung und Abtragung des Myoms. Nach derselben bleibt das Orificium internum (?) 5 Francs gross, lässt sich weiter nicht dilatieren. Nach vergeblichen Versuchen, den perforierten Kopf durchzubringen, muss daher trotz bestehender Infektion die Laparotomie (Porro) vorgenommen werden. Fieberhaftes Wochenbett bis zum 20. Tag, dann glatt. Sauvage rechtfertigt ausführlich dieses Vorgehen. Die anatomische Untersuchung ergab auch am exstirpierten Uterus keine andere Erklärung, als dass nur eine ungewöhnliche Form allgemeiner Uteruskontraktur gehandelt habe, die besonders im unteren Abschnitt des Korpus ausgesprochen war und den engen Ring formierte. Es handelte sich um keinen Narbenring, auch war die Kontrakturstelle für das Orificium internum — wie die anatomische Untersuchung des Präparates ergab — zu hoch. Möglicherweise war die ganze Bildung Folge der langen vergeblichen Bestrebungen, das Myom auszustossen.)

23. Solms, Die erweiterte subvesikale Naht hoch heraufreichender Cervixrisse, eventuell mit partieller Ligamentdiszission. 6. Internat. Kongress f. Geb. u. Gyn. in Berlin 9.—13. IX. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. p. 1317.

24. Steudemann, Klinische Erfahrungen über die Cervixdilatation nach Bossi. Inaug.-Diss. Freiburg 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. p. 1349.

25. Williamson, Obstructed labour due to uterine contraction ring. Royal Soc. of Med., Section of Obst. and Gyn. 6. VI. Lancet 29. VI. p. 1758. (40 jähr. VII para. Frühgeburt im 7. Monat. Zwillinge, glatte Geburt des 1. Zwillings. Der zweite folgte nicht, da die Schultern durch einen Kontraktionsring zurückgehalten wurden.

Erst in tiefer Narkose nach 15 Min. langen Zug mit der Zange gab der Kontraktionsring nach, wobei allerdings ein hoher Cervixriss entstand. Tamponade, glatte Heilung.)

3. Uteruskörper und Uterusruptur.

1. Alin, E., Gebärmutterzerreissung bei Entbindung einer II para. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d, Ges. Schwed. Ärzte. Hygica Nr. 6. (Silas Lindquist.)
2. Andrews, H. R., Rupture of the uterus with expulsion of the fetus into the abdominal cavity. Brit med. journ. April 13. (Bericht über 2 Fälle mit gutem Ausgang, der der sofortigen Laparotomie zugeschrieben wird. Im 1. Fall wurde supravaginal amputiert, im 2. die Totalexstirpation gemacht.)
3. Avarffy, Elek, Normalis szülès uteri észrevétlenut kifejlödöt uterusruptura esete. Aus der Sitzung der gynäkol. Sektion des kgl. Ärztevereins am 12. Dezember 1911. Refer. Orvosi Hetilap, Gynaekologia Nr. 1. (Bericht über einen Fall von Zerreissung der Gebärmutter, welche gelegentlich einer normalen Geburt unbemerkt entstanden war.) (Temesváry.)
4. *Aytoun, John, H., Acute inversion of the uterus. Lancet. Dec. 7. p. 1580. (20 jähr. I para. Forzeps. 1/4 Stunde nachher Crédé, der innerhalb der nächsten Stunden mehrmals erfolglos wiederholt wurde. Während der Vorbereitungen zur manuellen Lösung presste die Pat. die Plazenta unter gleichzeitiger Inversion des Uterus heraus. Vorsichtige Ablösung der Plazenta; dabei starke Blutung, Kollaps, der aber nicht durch die Blutung allein zu erklären war.)
5. Barsotti, Rottura d'utero in donna già cesarizzata. Isterectomia. (Casistica ostetrica.) La Ginecologia IX. fasc. 11. p. 347. Firenze. (Uterusruptur in einer schon an Kaiserschnitt operierten Frau. Hysterektomie. Geburtshilfliche Kasuistik.)
6. Bauereisen, A., Ein Fall von spontaner Uterusruptur, zugleich ein Beitrag zur Ätiologie der Uterusruptur. Archiv f. Gyn. Bd. 96. p. 11. (Fall mit tödlichem Ausgang. III para mit mässig verengtem Becken. Die Ruptur machte kaum Symptome, wurde von Hebamme und Arzt daher nicht erkannt, später kam die Frau moribund mit mazeriertem Kind und in der Bauchhöhle liegender Plazenta in die Klinik. Als zur Ruptur disponierendes Moment fand Bauereisen eine Atrophie des unteren Uterinsegments sowie partielle teleangiektatische Veränderungen der Cervixwand. Mikroskopisch fand sich ausserdem an der Rissstelle ein auffallender Mangel an Muskelfasern; elastische Fasern fehlten vollständig.)
7. Becker, G., Über wiederholte Spontanruptur des Uterus. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. Bd. 71. H. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. p. 1406. (28 jähr. II para, die bei der ersten Geburt vor 6 Jahren nach kurzer Wehentätigkeit eine Spontanruptur des Uterus erlitten hatte, die aber unter Drainage des Risses heilte. Jetzt im 8. Graviditätsmonat ohne Wehen, ohne Gewalteinwirkung neue Ruptur, die zunächst keine Störung des Allgemeinbefindens verursachte, bis am 7. Tag eine diffuse Peritonitis manifest wurde. Operation, Exitus. Mikroskopisch fand sich an der Rupturstelle Narbengewebe, sonst fand sich nichts Abnormes.)
8. Beckmann, Spontane Uterusruptur. Journ. akusch. i shensk. bol. Oktober. Sitzungsb. d. geb.-gyn. Ges. zu St. Petersburg. (Uterusruptur bei einer VIII para in der Austreibungsperiode. Frühere Geburten normal. Querriss. Im Parametrium wurde bei der supravaginalen Amputation eine spritzende Arterie gefunden. Genesung. Bei der mikroskopischen Untersuchung des Uterus erwies sich dieser in den oberen Abschnitten normal, im unteren Abschnitte fehlte die Muskulatur fast gänzlich. Diese war hier durch Bindegewebe ersetzt, das ödematös, blutdurchtränkt und von einer grossen Menge dünnwandiger Gefässe durchsetzt war. Orceinfärbung ergab, dass das elastische Gewebe im unteren Uterinsegment fast vollständig fehlte.) (H. Jentter.)
9. — Fall von Uterusruptur sub partu. Journ. akusch. i shensk. bol. Juli-August. Sitzungsb. d. geb.-gyn. Ges. zu St. Petersburg. (Spontane Ruptur nach Geburt des ersten Zwillings bei Querlage der zweiten Frucht, die zum Teil in die Bauchhöhle ausgetreten war. Supravaginale Uterusamputation, Genesung. Längsriss von 10 cm Länge, grosser intra- und retroperitonealer Bluterguss. Die 32 jährige Frau hatte 5 mal stets leicht geboren.) (H. Jentter.)
10. — W., Zur Kasuistik und Therapie der chronischen Uterusinversion. Peters-

burger med. Zeitschr. Nr. 24. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 363. (Darunter 1 Fall puerperaler Inversion bei 30jähr. Frau. Reinversion leicht nach Spaltung der hinteren Uteruswand und des hinteren Scheidengewölbes. Zwei Tage später Tod an septischer Peritonitis.)

11. *Blacker, G., Rupture of the uterus. A series of 8 cases, including 3 cases treated successfully by operation. Lancet 13. I. p. 89.
12. Boyd, Complete Inversion of the uterus and vagina. Transact. of the obst. soc. of Philadelphia 7. III. Am. Journ. of obst. June p. 1026.
13. Brindeau et Lemeland, Opération de Porro et rupture utérine. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 12. II. p. 82. (40jähr. VIIIpara wegen Wehenschwäche Forzeps ohne Erfolg, dabei plötzlich heftiger Schmerz, Kollaps, Wehenstillstand, Zeichen intraabdomineller Blutung. Violente r. Uterusruptur, Kind und Plazenta in der Bauchhöhle. Rasch Porro an der moribund eingelieferten Frau. Heilung.)
14. Brodhead, George, L., Spontaneous rupture of the uterus during labour. Am. Journ. of Obst. April. p. 623.
15. Bumm, Diskussion zu Jolly (41). Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 9. II. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. p. 655.
16. Butler, G. H., Note of a case of inversion of the uterus. Lanzet. Dez. 7. p. 1584. (Nach lange anhaltenden Expressionsversuchen komplette Inversion mit sofortiger Reinversion. Geringe Blutung, geringer Shock, glatte Heilung.)
17. Cathala, Rupture utérine pendant le travail. Hystérectomie subtotale, Guérison. Soc. d'obst et de gyn. de Paris. 11. III. Bull. de la soc. Nr. 3. p. 188. (Ruptur macht zunächt wenig Symptome. Cathala tritt für die abdominale Operation ein und zieht die supravaginale Amputation der Totalexstirpation wegen der geringen Shockwirkung vor.)
18. Dahlmann, Fall von spontaner Uterusruptur. Demonstration; Ges. f. Geb. und Gyn. zu Berlin. 12. VII. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. p. 779. (Bei XIIIpara in der Eröffnungsperiode bei Schädellage eintretend. Diagnose auf Lungenembolie, da alle auf Ruptur deutenden Symptome fehlten. Exitus.)
19. Dobrowolski, Spontane Uterusruptur mit ungewöhnlichem Verlauf. Krakauer gyn. Ges. 2. I. Ref. Gyn. Rundschau. p. 622. (Während der Vorbereitungen zum Kaiserschnitt totale Ruptur mit Austritt des Kindes in die Bauchhöhle. 25Min. später Laparotomie, die ein zwar stark asphyktisches, aber wiederbelebtes Kind ergab.)
20. — Uterusruptur bei plattem Becken, durch Laparotomie Uterus exstirpiert. Das Kind, welches in der Bauchhöhle 25 Minuten zugebracht hatte, gleichwohl lebend extrahiert. Przeglad. Lekarski Nr. 7. p. 121. (Polnisch.)
21. Eberhard, F., Über Uterusperforation mit Tubenherabzerrung. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48. (Bei Entfernung eines Plazentarrestes 4 Wochen nach reifer Geburt wird die Hinterwand des Uterus perforiert und das Fimbrienende der rechten Tube mit herabgezogen. Laparotomie, Resektion der Tube, Naht der Perforation, Heilung.)
22. *Engström, O., Eigene Erfahrungen in bezug auf Schwangerschaft und Geburt nach ventraler Enukleation intramuraler Uterusmyome. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Ergänzungsheft. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 49. p. 1661.
23. Ferguson, C. E., Caesarean section performed because of dystocia from ventral fixation of the uterus. Journ. of Am. Med. Cessoc. 17. II. (Muttermund stand so hoch über dem Promontorium, dass er gar nicht erreichbar war. Sonst nichts Besonderes.)
24. Fischer, O., Über die Ruptur des graviden Uterus in einer alten Kaiserschnittsnarbe. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. H. 3. (Bei 38jähr. Vpara, bei der bereits 2mal Sectio mit querem Fundalschnitt gemacht war, trat Ende des 9. Monats die Ruptur ein. Zur Verhütung solcher Rupturen hält Verf. prinzipiell für wichtig: 1. Vermeidung des queren Fundalschnittes, 2. Vermeidung der Plazentarstelle beim Schnitt, 3. der Uterustamponade nach der Sectio, 4. die Ausführung der Naht erst dann, wenn der Uterus fest zusammengezogen ist.)
25. Friedrich, Leo, Über Uterusruptur nach klassischem Kaiserschnitt. Inaug.-Diss. Berlin, April.
26. Franz, K., Diskussion zu Jolly (41). Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin 9. VI. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. p. 656.
27. Fruhinsholz et G. Michel, Dystocie suite d'hystéropexie, opération césarienne

et hystérectomie. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. p. 250. (Ventrale Fixation nach Terrier. Merkwürdig ist, dass die Frau bereits eine Schwangerschaft und Geburt nach der Fixation ohne Beschwerden durchgemacht hatte, jetzt aber wegen schwerer Adhäsionen und Stränge operiert werden musste.)

28. Goldschmidt, Spontanruptur des Uterus am Ende der Schwangerschaft. Mittelrheinische Ges. f. Geb. u. Gyn. 19. XI. 11. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 362. (II para. Nach der 1. Geburt als Metritis dissecans aufgefasster Puerperalprozess. Jetzt breite Ruptur am Fundus unter der Geburt. Bisher ist nur 1 Fall gleicher Ätiologie von Wiedemann beschrieben.)

29. Gonnet, Subplazentares Myom. Lyon méd. Nr. 9. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 192. (Manuelle Plazentarlösung. Die Plazenta sitzt auf einer harten, kurzgestielten Masse fest auf, lässt sich aber leicht ablösen. Ebenso kann der kurze Stiel des Tumors digital durchtrennt werden. Keine Blutung. Der Tumor erweist sich als mandarinengrosses, gefässarmes Fibrom.)

30. Graeupner, Instrumentelle Verletzung des Uterus. Nordostdeutsch. Ges. f. Gyn. 23. III. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 32. p. 1522.

31. Grossmann, Über Inversio uteri. Gyn. Ges. zu Dresden. 18. IV. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35. p. 1154.

32. Gurney, A. L., Komplette Uterusinversion. Brit. med. journ. 1911. Nov. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. p. 724.

33. Gutzmann, Diskussion zu Jolly (Nr. 41). Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 9. II. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72.

34. Heil, Ein Fall von wiederholter Uterusruptur innerhalb 11 Monaten. (Demonstration des Uterus.) Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 19. XI. 11. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 361. Repertorium für prakt. Medizin, Nov. 1911. (Inkomplette Ruptur am 15. X. 10. und 16. IX. 11. Tod an Sepsis.)

35. Hellier, J. B., A case of acute puerperal inversion of the uterus. Reports of med. and surg. practice in the Hospitals and Asytums of the Brit. Emp. Brit. Med. Journ. Aug. 10. p. 310. (18jähr. Ipara. Mit 4 Tage bestehender totaler Inversion eingeliefert. Reposition in intravenöser Narkose. Heilung.)

36. Henkel, Fall von Wehenschwäche, bei dem der Geburtseintritt durch Thermopenetration erzielt wurde. Naturw.-med. Ges. zu Jena. 15. II. Münchner med. Wochenschr. Nr. 15. p. 839.

37. Hintz, Walter, Prognose und Therapie der kompletten Uterusruptur im Anschluss an 2 selbstbeobachtete Fälle. Inaug.-Diss. Jena.

38. *Hövelmann, H., Verlauf der Geburten nach Vaginifixura uteri. Inaug.-Diss. Kiel. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46. p. 1552.

39. Hofbauer, Zwei Uteri, wegen kompletter Ruptur intra partum exstirpiert. Demonstration. Nordostdeutsch. Ges. f. Gyn. 29. VI. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 373.

40. v. Holst, Kasuistischer Beitrag zur Inversio uteri. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 10.

41. Jolly, R., Uterusruptur in einer alten Kaiserschnittsnarbe. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 9. II. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. p. 650; ferner; Arch. f. Gyn. Bd. 97. H. 2. (Ruptur beim Transport vom Krankenzimmer in den Operationssaal. Mikroskopisch ergab sich, dass der nicht geplatzte Teil der Narbe vollständig regenerierte Muskelfasern aufwies, der geplatzte dagegen bindegewebige Heilung und Decidua. Die Störung der Wundheilung wird auf eine Verunreinigung bei der ersten Operation bezogen.)

42. Josephson, C. D., Uterusruptur in alter Kaiserschnittsnarbe. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. Schwed. Ärzte. Hygiea Nr. 12. (Silas Lindquist.)

43. Klages, R., Beitrag zum Schwangerschafts- und Geburtsverlauf bei Uterus bicornis unicollis. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 6.

44. v. Klein, C. U., Uterus gravidus mens. X., wegen Retroflexio partialis, bedingt durch subseröses Fibrom, abdominal totalexstirpiert. Ein Beitrag zur Lehre von der Retroflexio uteri partialis am Schwangerschaftsende. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. H. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. p. 660.

45. — Diskussion zu Graeupner (Nr. 30). Nordostdeutsch. Ges. f. Gyn. 23. III. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 32, p. 1522.

46. Koblanck, In Nabelhernie inkarzeriertes Myom bei Schwangerschaft. Demonstration. Ges. f Geb. u. Gyn. zu Berlin. 26. IV. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72.

p. 469. (Walnussgrosses Myom; heftige Schmerzen durch die Einklemmung, besonders während der Wehen; glatte Geburt.)

47. Kronhaus, S., 4 Fälle von Inversio uteri puerperalis. Dissert. Basel 1911. Ref. Gynaekologie Helvetica. 12. Jahrg. Frühlingsausgabe. p. 123. (Nichts Bemerkenswertes.)

48. Kupferberg, Violente Uterusruptur mit Kolporrhexis. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 19. V. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 353. (VII para; die Verletzung entstand bei Wendung aus Schädellage wegen Nabelschnurvorfall, wurde erst 20 Stunden p. part. erkannt. Laparotomie, 18 Stunden später Exitus.)

49. Lepage, Diskussion zu Cathala (Nr. 17). Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 11. III, Bull. de la soc. Fere ann. Nr. 3. p. 193f.

50. Levy, Endes und Pottet, Ein Fall von traumatischer Uterusruptur mit abdominaler Hysterektomie erfolglos behandelt. Rev. prat. d'obst. et de péd. 25. Jahrg. Nr. 283. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 637. (Ruptur nach 2maligem Zangenversuch bei engem Becken. Rupturerscheinungen blieben mehrere Stunden latent, mit der Uterus gut kontrahiert war. Trotz Totalexstirpation Exitus an subakuter Septikämie.)

52. Löwenthal, Jakob, Geburtsstörungen bei antefixiertem Uterus, speziell bei Interpositio uteri. Inaug.-Diss. Berlin, April.

53. Mackenrodt, Diskussion zu Jolly (Nr. 41). Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 9. II. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. p. 650. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46. p. 1546.

54. Mansfeld, Otto, Inversio uteri bei Hypoplasie des Adrenalsystems. Mitteilg. a. d. 2. Frauenklinik d. kgl. ung. Universität Budapest. Bd. II. H. 1. Ref. Zentralbl. p. 149.

55. Martin, Ed., Fall von spontaner Uterusruptur. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 12. VII. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. p. 781. (41jähr. X para. Kopf auf dem Beckenboden, Uterus dicht unterhalb des inneren Muttermundes fast zirkulär abgerissen. Bei Eröffnung der Bauchhöhle war der Tod bereits eingetreten.)

56. Mironowa, Zur Frage über Ruptura uteri. Wratsch. Gaz. Nr. 6. Sitzungsber. d. Ärzte d. Obuchow-Hospitals. (Im ersten Falle ergab die mikroskopische Untersuchung Entwickelung von Bindegewebe und Endoarteriitis; im zweiten diffuse chronische Metritis. Bei vorhandener Dystokie prädisponiert die Zunahme von Bindegewebe zu Ruptur der Uteruswand.) (H. Jentter.)

57. v. Neugebauer, Bericht über eine von v. Neugebauer beobachtete Geburt 5 Jahre nach einer von ihm wegen chronischer puerperaler Uterusinversion vollzogener Piccoli-Operation. Oberrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 28. IV. Hegars Beitr. Bd. 17. p. 381. (Der 7. Fall der Literatur. Die Geburt erfolgte ganz glatt; nachher starke Blutung.)

58. v. Olshausen, Diskussion zu Jolly (41). Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 9. II. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46. p. 1546.

59. Opitz, Diskussion zu Kupferberg (Nr. 48). Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 19. V. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 354.

60. Oui, Grossesse et accouchement après racourcissement intra-abdominal avec inclusion pariétale des ligaments ronds. Réunion obst. et gyn. de Lille. 27. III. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 5. p. 472. (Völlig ungestörte Schwangerschaft und Geburt nach Verkürzung der Ligg. rot. nach Doléris. Oui tritt warm für die Operation ein.)

61. *Phillips, Miles H., The treatment of acute puerperal inversion of the uterus. Journ. of obst. and gyn. of the Brit. emp. Vol. XXI. Nr. 3.

62. Pini, Quattro casi di rottura d'utero in travaglio di parto. Annali di Ostetr. e Ginec. Milan. XXXIV. S. 659. Vier Fälle von Uterusruptur während der Geburt. Laparotomie mit drei Heilungen.)

63. Ramos, Peralta, Über einen Fall von Spontanruptur des schwangeren Uterus an der Stelle einer alten Kaiserschnittsnarbe. Rev. de la chir. obst. et gyn. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 296.

64. Resinelli, Rottura spontanea dell' utero lungo la cicatrice di precesso taglio cesareo con incisione sul fondo alla Fritsch. La Ginecologia. IX. fasc. 11. p. 341. Firenze. (Spontanruptur des Uterus längs der Narbe eines früheren Kaiserschnittes mit Inzision des Fundus.)

65. Rhode, Walter, Der Kaiserschnitt nach antefixierenden Operationen. Inaug.-Diss. Bodin.
66. Ribbius, A., Bijdrage tot de kennis van het mechanisme der Uterusinversie bei atome. Beitrag zur Kenntnis des Mechanismus der en Teesthun del Treub. Leiden. Konf. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21. 1913. (A. Mijnlieff.)
67. Robertson, Allen, Complete rupture of pregnant uterus. Australian med. journ. 9. III. und 27. IV. Ref. Brit. med. journ. 26. X. p. 58f. (2 erfolgreich operierte Fälle. Im 1. Fall bei 34jähr. VIIIpara und Schulterlage beim Blasensprung Ruptur der linken Uteruskante. Im 2. Fall ereignete sich die Ruptur beim Fall mit dem Bauch auf eine Stuhllehne im Beginn des 9. Monats. 4 cm langer Riss in der Vorderwand. Verf. verwirft die Konservative völlig, da die Statistik zeigt, dass die Totalexstirpation die besten Resultate ergibt.)
68. Rosner, Uterus einige Monate nach Ausstossung einer Blasenmole entfernt wegen Chorionepitheliom. Przeglad Lekarski Nr. 7. p, 121. (Polnisch.)
69. Rotter, H., Das Chinin in der Geburtshilfe. Budapesti orvosi ujsag, Szüglêszet is nögyógyászat 1911. Nr. 1. Ref. Zentralbl. Nr. 31. p. 1038. (Empfehlung des Chinins als Wehenmittel in der Dosis von 3 × 0,3 in stündlichen Zwischenräumen.)
70. Russell, Henry, Uterusruptur. Brit. med. journ. 13. IV. (Bericht über 2 Fälle mit Austritt des Fötus in die Bauchhöhle. Heilung durch Operation, für die Verf. in jedem Fall die Laparotomie vorzieht.)
71a. Ryshkow, Über Inversio uteri puerperalis. Wratsch. Gaz. Nr. 6. Sitzungsber. d. Ärzte des Obuchow-Hospitals. (Im Obuchow-Hospital kamen in 20 Jahren 5 Inversionen zur Behandlung (3 durch Tumoren bedingt, 2 puerperale); in der kaiserlichen Gebäranstalt kam auf 300000 Geburten eine Inversion, in den städtischen Asylen auf 185000 Geburten ebenfalls eine Inversion. Die Frau kam zu Hause nieder, wurde pulslos aufgenommen, zwischen den Schenkeln lag der invertierte Uterus mit haftender Plazenta. Die Hebamme hatte an der Nabelschnur gezogen. Leichte Reinversion. Tod nach 1 Monat an Sepsis.) (H. Jentter.)
71. *Ryder, G. H., Soma observations on primary uterine inertia. Amer. Journ. of Obst. Sept.
72. *Schauta, Fr., Die Behandlung der Geburt nach operativer Antefixation. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 2.
73. Schewaldyscheff. Zur Frage der akuten Uterusinversion nach der Geburt. Med. Obosrenie Nr. 13. (Russisch). Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 189. (Inversion durch Zug an der Nabelschnur seitens der Hebamme.)
74. — Über akute puerperale Uterusinversion. Medizinsk Obsren. Nr. 13. (Die Inversio kam zustande in dem Moment, als die Hebamme an der Nabelschnur zog bei gleichzeitigem Druck von aussen. In der Klinik wurde in Chloroformnarkose der Uterus reinvertiert und tamponiert. Genesung. Es disponierten zur Inversion Insertion der Plazenta im Fundus und Uterusatonie.) (H. Jentter.)
75. Schlank. Zwei Fälle von spontaner Ruptur der Harnblase bei spontaner Uterusruptur sub partu. Przglad Lekarski Nr. 7. p. 121. Polnisch. (Beide Fälle wurden in sehr elendem Zustande eingebracht und endeten letal trotz Operation.)
76. — Fall von Uterusruptur mit Eindringen einer Dünndarmschlinge in den Uterus und Okklussion der Därme. Krakauer Gynäkologische Gesellschaft am 2. Jan. Przeglad Lekarski. Nr. 7. p. 122. (Die Frau wurde erst am 9. Tage post partum und zwar in hoffnungslosem Zustande in die Klinik eingeliefert. Schlank machte den Bauchschnitt, entfernte den Uterus nach Reposition der Darmschlinge in die Bauchhöhle. Es fand sich jedoch eine so ausgedehnte Peritonitis, dass auf Rettung nicht mehr gerechnet werden konnte. Tod nach einigen Stunden.) (v. Neugebauer.)
77. Schwarz, Spontanruptur des graviden Uterus nach vorangegangenem klassischen Kaiserschnitt. Nordostd. Ges. f. Gyn. 23. März. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 651. (Ruptur nach querem Fundalschnitt.)
78. Shannon, D., Uterusruptur bei intrauteriner verborgener Blutung während der Schwangerschaft. 80. Jahresvers. der Brit. Med. Assoc. Liverpool 26. Juni. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2201.
79. *Sigwart, W., Zur Therapie perforierender Uterusverletzungen. Berliner klin. Wochenschr. Nr. 37.
80. — Totalexstirpation des Uterus wegen inkompletter Uterusruptur. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin 12. Juli. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. p. 776. (VIpara. Quer-

lage, Spontanruptur nach kurzer schwacher Wehentätigkeit, wobei der Kopf durch den linken Riss ins Parametrium trat und sich retroperitoneal bis zur Nierenhöhe hochwühlte. Starkes Hämatom durch Blutung aus dem zerrissenen Stamm der Uterina. Totalexstirpation. Heilung.)
81. Stähler, F., Fibromyoma uteri mit intrauteriner Gravidität von etwa 16 Wochen. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 19. Nov. 1911. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 364.
82. Stickel, Kaiserschnitt nach Ventrofixatio uteri. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 23. Juni 1911. Zentralbl. p. 435.
83. Stockes, Alex, Spontaneous rupture of the uterus and pulmonary embolism. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. emp. Dec. p. 356. (30jährige VIII para, frühere Geburten glatt. Während dieser Geburt wiederholt Erbrechen und während eines solchen Aktes Eintreten der Ruptur. Dabei war die Blase noch erhalten, die Cervix erst für ein Finger durchgängig. Der Arzt nahm zuerst einen Darmverschluss an und brachte nach erfolglosen anderen Versuchen 30 Stunden später die Frau zur Operation. Frucht in der Bauchhöhle. Naht des Risses. Heilung trotz eines in der dritten Woche auftretenden grossen Lungeninfarkts.)
84. Strassmann, G., Operation bei Uterusruptur. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 12. Juli. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. p. 774. (33jährige IIIpara mit rachitisch-plattem Becken. Einlieferung mit Uterusruptur nach erfolglosem Zangenversuch. Operation in halbsitzender Stellung, um Einfliessen von Uterusinhalt in die Bauchhöhle hintanzuhalten. Totalexstirpation, Heilung, nachdem wegen einer Ureterfistel noch die rechte Nephrektomie gemacht worden war.)
85. — Diskussion zu Jolly (41).
86. Waldstein, Schnitte aus einer spontan rupturierten und nachträglich per laparotomiam total exstirpierten Gebärmutter. Geb.-gyn. Gesellschaft in Wien. 12. Nov. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 857.
87. Walker, H. J. B., Akute Inversion of the uterus. Brit. med. journ. Nov. 18. 1911. (Spontane Inversion bei einer Kaffernfrau, Reposition, glatte Heilung.)
88. *Wyss, Alb., Beitrag zur Uterusruptur nach Kaiserschnitt. Hegars Beiträge Bd. 17. Heft 3.
89. Zacharias, Zur Kasuistik der Verletzungen des Genitaltraktus im Anschluss an Spontangeburt und geburtshilfliche Operationen. Nürnberger med. Gesellsch. und Poliklinik 11. Jan. Münch. med. Wochenschr. Nr. 11. p. 617. (1. Grosser Längsriss der hinteren Scheidenwand bei sehr rasch verlaufener Spontangeburt einer IIpara. 2. Bei Abortausräumung wegen Tuberkulose Perforation mit Vorholen einer Dünndarmschlinge durch die Abortzange. Reposition derselben, Tamponade des Uterus. Bei der alsbald vorgenommenen Laparotomie fand sich die Dünndarmschlinge in die Perforationsöffnung eingeklemmt. Resektion eines 42 cm langen Darmstücks, glatte Heilung, die Zacharias der Kampferölung zuschreibt.)
90. Zangemeister, Präparat eines Falles von kompletter Uterusruptur. Demonstration im ärztlichen Verein zu Marburg, 2. März. Münchn. med. Wochenschr. p. 1250. (Einige Stunden post partum supravaginale Amputation, glatte Heilung. Der Riss durchtrennte quer oberhalb des Blasenansatzes das ganze untere Uterinsegment und setzte sich rechts nach oben fort, während links nur ein kleiner Längsriss in die Scheide hinabreichte.)
91. Zoeppritz, Demonstration eines rupturierten Uterus einer Vielgebärenden. Med. Gesellsch. in Göttingen 18. Jan. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 25. p. 1212.
92. Zweifel, Ein Fall von Ruptura uteri incompleta, wegen nicht zu stillender Blutung Exstirpatio uteri. Ges. f. Geb. und Gyn. in Leipzig. 18. Nov. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 580. (Nichts Näheres angegeben.)

Aytoun (4) hebt in seiner Arbeit über Uterusinversion hervor, dass die Reinversion oft sehr schwierig, ja unmöglich sein kann, und zwar selbst in frischen Fällen. Jede Verzögerung steigert diese Schwierigkeiten. 50% aller Fälle betreffen Erstgebärende. Prädisponierende Ursachen sind neben Schlaffheit des Uterus Sitz der Plazenta, besonders einer Placenta accreta im Fundus und Überdehnung des unteren Uterussegments und der Cervix durch den vorhergegangenen Durchtritt eines sehr grossen Kindes. Dass Zug an der Nabelschnur zur Inversion führen kann, ist selbstverständlich. Besondere Bedeutung misst der Verf. einer

im Fundus festsitzenden Plazenta bei, wozu ihn der Befund ausserordentlicher Dünnheit der Uteruswand bei der Plazentarlösung führt.

Phillips (61) hat in $2^1/_2$ Jahren drei Fälle von Uterusinversion erlebt. Im Gegensatz zu den Angaben der Lehrbücher (cf. auch oben Aytoun) soll nach Phillips die Inversion so lange unbehandelt bleiben, bis der Shock vorüber ist. Der Shock steht meist im Vordergrunde und hat in nicht wenigen Fällen raschen Tod zur Folge gehabt. Die Reinversion, selbst in Narkose, vergrössert ihn nur. Die Stärke der Blutung wechselt, ist aber nicht selten profus. Unter 184 Fällen puerperaler Inversion der englischen Literatur fand Verf. eine Mortalität von 23,4 %, unter 79 trotz des vorhandenen Shocks sofort reinvertierten Fällen betrug die Mortalität 30 %, während bei fehlendem Shock die sofortige Reinversion in 73 Fällen jedesmal zur Heilung führte. Von 43 Todesfällen traten 41 innerhalb weniger Stunden ein, darunter folgte der Tod in 21 % der Fälle der sofortigen Reinversion, während andererseits in Fällen, die nicht sofort reinvertiert wurden, die Mortalität nur 5 % betrug. Verf. schlägt deshalb einen Mittelweg vor: Zuerst Behandlung des Shocks mit NaCl-Infusionen, Pituitrin und Morphium, dann — nach einigen Stunden — in Narkose Reposition. Nur bei Fehlen jedes Shocks wird die sofortige Reinversion empfohlen. — Von des Verfassers Fällen kamen zwei im Anschluss an Expression der Plazenta, einer spontan zustande.

Blacker (11) fand unter 33,781 Geburten in 18 Jahren acht Fälle von Uterusruptur. Im Anschluss an diese Fälle wird die Frage erörtert, ob die Uterusruptur zuwartend oder operativ behandelt werden soll. Den Shock hält Verf. für die wichtigste Todesursache nach Uterusruptur; die Blutung ist oft überraschend gering. Als dritte Gefahr droht die Sepsis. Die Behandlung muss also möglichst jeden weiteren Shock vermeiden, gegen die Blutung und ihre Wiederkehr wirksam sein und möglichst die Gefahr der Sepsis ausschalten. Bei Abwägung aller Vor- und Nachteile der verschiedenen Behandlungsverfahren kommt Verf. zu dem Schluss, dass für die inkomplette Ruptur die Tamponade das zweckmässigste Verfahren sei, während in allen Fällen kompletter Ruptur die Totalexstirpation mit folgender Drainage das beste Verfahren ist.

Sigwart (79) zeigt im Anschluss an sechs Fälle der Bummschen Klinik, dass der bisher geübte Radikalismus bei infektionsverdächtigen Uterusverletzungen durchaus nicht berechtigt ist. Bei fünf Fällen mit zum Teil schwerer Beteiligung der Intestina gelang es bei konservierendem Vorgehen, den Frauen das Leben und funktionstüchtige Genitalien zu erhalten. Wichtig ist dabei, dass die Uteruswunde exakt geschlossen, mit einer doppelten Peritonealnaht versehen und wenn möglich extraperitoneal gelagert wird.

Schauta (72) behandelt die Frage der Antefixationsgeburten. Wenn die Narbenmassen zu derb sind, um in der Schwangerschaft nachzugeben und vor allem, wenn sie sehr hoch am Uterus sitzen, sind Störungen der Geburt zu erwarten. In dieser Hinsicht ist sogar eine tiefe Vaginifixur ungefährlicher als eine Ventrifixur, bei der die Verwachsungen höher sitzen. Schauta unterscheidet drei Arten von Antefixationsgeburten: 1. Leichtester Grad; der Muttermund steht weit hinten, hoch, aber noch unterhalb des Promontoriums. 2. Der Muttermund steht am oder direkt über dem Promontorium. 3. Der Muttermund steht hoch über dem Promontorium an der Vorderfläche der Lendenwirbelsäule. In diesen letzteren Fällen ist meist eine spontane Geburt unmöglich. Therapeutisch empfiehlt Schauta 1. Zug an der Cervix nach vorn, was in den Fällen 1. und 2. Grades meist genügt, 2. sagittale Spaltung der vorderen Muttermundslippe und der Cervix, besonders bei Geburtsstörung nach Vaginifixur, 3. Wendung und Herabholen eines Fusses, 4. Metreuryse zur Erweiterung des Muttermundes, 5. bei toter Frucht Kraniotomie, 6. Kaiserschnitt, der aber nach Schauta viel seltener nötig ist als gemeinhin angenommen wird.

Hövelmann (38) hat demgegenüber nur die Vaginifixura uteri in den Kreis seiner Betrachtung gezogen und berichtet über 67 Geburten bei 47 Frauen, die nach der modifizierten Methode Dührssens (seroseröse Vaginifixur) operiert worden waren. Bei keiner der Frauen kamen gröbere Geburtsstörungen vor, dreimal wurde eine Beckenausgangszange gemacht, sechsmal bestand eine Querlage, die aber in vier Fällen zwei Frauen mit plattem Becken betraf. Unter 42 nachuntersuchten Frauen wurde fünfmal (= 17,3 %) ein Rezidiv beobachtet. — Danach sind also, richtige Ausführung der Operation vorausgesetzt, durch eine spätere Schwangerschaft und Geburt keine besonderen Gefahren gegeben, wohl aber besteht eine gewisse Rezidivgefahr.

Engström (22) hat bei nach ventraler Enukleation von Uterusmyomen bei folgenden Schwangerschaften unter der Geburt niemals Gefahren oder Störungen erlebt, die auf die durch die Enukleation hervorgerufene Verdünnung der Uteruswand zu beziehen gewesen wären.

Ryder (71) kommt nach seinen Beobachtungen zu dem Schlusse, dass bei primärer Wehenschwäche möglichst langes Abwarten, insbesondere bei erhaltenen Eihäuten, viel bessere Resultate ergibt als forcierte Entbindungsversuche. Denn unter fünf operativ behandelten Fällen starben vier Kinder, während bei abwartendem Verhalten unter neun Fällen nur ein Kind infolge Nabelschnurvorfalls zugrunde ging. In der Ätiologie der primären Wehenschwäche wird neben höherem Alter, starker Ausdehnung des Uterus, rasch aufeinander folgenden Geburten, allgemeiner Körperschwäche auch psychischen Momenten grössere Bedeutung zuerkannt (Pituitrin ist dem Verf. aus eigener Erfahrung noch unbekannt, ebenso ist die Indikationsstellung zur Einleitung der Frühgeburt, auf die 15 von 18 beobachteten Fällen fallen, und zu den weiteren Eingriffen wie hoher Zange und Kaiserschnitt echt amerikanisch!).

Die Arbeit von Wyss (88) führt bezüglich der Prophylaxe der Uterusruptur nach Kaiserschnitt zu folgenden Ergebnissen: Einschränkung der Indikation zum Kaiserschnitt überhaupt, exakte Naht nach Sänger unter Verwendung resorbierbaren Materials, Kontrolle in jeder späteren Schwangerschaft sind unbedingt zu fordern. Die grösste Bedeutung für die Entstehung einer Ruptur in einer späteren Schwangerschaft scheint Störungen der primären Wundheilung zuzukommen. Verf. stützt seine Ausführungen auf die exakte Untersuchung zweier einschlägiger Fälle; in deren einem zeigte sich am Fundus eine Verwachsung von Serosa und Mukosa, während Muskulatur nur ganz spärlich im Narbengewebe zwischen beiden vorhanden war; im zweiten Fall hatte lange eine Uterusfistel bestanden und auch hier fehlte eine feste Vereinigung der Muskelschicht.

4. Enges Becken und Osteomalacie.

1. Aldous, George F., Notes on four caesarean sections. Brit. med. journ. 18. Mai.
2. Ammermann, K., Beiträge zur Kasuistik des abdominalen Kaiserschnitts. Inaug.-Dissert. Jena.
3. *Bagger-Jörgensen, V., Über künstliche Frühgeburt bei Beckenenge. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 6.

3a. — — Über Partus praematurus bei Beckenenge. Allm. svenska läkartidningen Nr. 13—14. (Nach einer Übersicht von dem gegenwärtigen Stande dieses Eingriffs teilt der Verf. die Resultate der Klinik zu Lund 1900—1911 mit. Bei 6400 Entbindungen kam dieser Eingriff in 29 Fällen vor. Die maternelle Sterblichkeit = 0 %; die primäre Sterblichkeit der Kinder = 10 %. Die lebend geborenen Kinder = 90 %. 19 Kinder waren spontan geboren. Zangenextraktion kam in 3, Wendung und Extraktion in 5, Niederziehen von einem Fuss in 1, Extraktion an Füssen in 2 Fällen vor. Nach der Meinung der Verf. wird sich dieser Eingriff wohl bei richtiger Begrenzung als ein wertvolles Hilfsmittel in der schwierigen Behandlung von Entbindung bei Beckenenge erweisen.) (Silas Lindqvist.)

4. Bail, W., Die Therapie des engen Beckens an der Universitäts-Frauenklinik zu

Würzburg im Jahre 1909. Inaug.-Diss. Würzburg 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 450.
5. Baumm, Über Geburten bei doppelseitiger Hüftgelenksankylose. Gyn. Ges. zu Breslau. 26. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26. p. 861. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 717. (Spontangeburt bei dem sonst guten Becken. Die Geburt erfolgt in diesen Fällen in Seitenlage hinten heraus.)
6. Becker, Emil, Über den extraperitonealen Kaiserschnitt unter besonderer Berücksichtigung von 21 Fällen aus der Frauenklinik. Inaug.-Dissert. Bonn.
7. Bischoff, Kurt, Ein Beitrag zur Kenntnis der Chrobakschen Beckendeformität. Inaug.-Dissert. Königsberg.
8. Bleich, Die Geburten bei engem Becken in den Jahren 1908/09—1910/11. Inaug.-Dissert. Breslau 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39. p. 1292.
9. Bosch, O. H. E., Geburt beim kyphotischen Becken. Inaug.-Dissert. Groningen 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. p. 451.
10. Bossi, L. M., Nochmals bezüglich der Pathogenese und der Behandlung der Osteomalacie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. (Ausführlicher Bericht über einen schweren Fall von Osteomalacie, der nach erfolglosen Versuchen mit allen anderen Methoden durch Adrenalin zur Heilung kam.)
11. Bretscheider, Vier Fälle von violenten Gebärmutterverletzungen. Ges. f. Geb. u. Gyn. in Leipzig. 20. Mai. Zentralbl. Gyn. Nr. 43. p. 1436. (Davon gehören nur 2 Fälle hierher. 1. Uterusruptur nach Wendung kurz nach dem Blasensprung vom Fundus bis ins hintere Scheidengewölbe. Naht, Heilung. 2. Inkomplette Ruptur im 6. Monat nach gewaltsamem Extraktionsversuch.)
12. Breus, C., und Alex. Kolisko, Die pathologischen Beckenformen. III. Bd. 2. Abt. Wien u. Leipzig. Deuticke.
13. Brindeau, Zwei Fälle von schwerer Entbindung wegen Ankylose des os coccygis. Pariser geb. Ges. 18. V. 1911. Ref. Zentralbl. p. 210.
14. Bylicki, W., Das angeblich „dyspygische“ Becken von Prof. Solowij. Zentralblatt für Gyn. Nr. 18. (Erklärt dasselbe für ein einfaches rachitisch-plattes Becken.)
15. Charles, N., Der wiederholte Kaiserschnitt bei derselben Frau. Journ. d'accouchements Nr. 5—7. Ref. Zentralbl. Nr. 28. p. 939.
16. Commandeur et Mouret, Bassin asymétrique par genu valgum unilatéral. Réunion obst et gyn. de Lyon. 12. II. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 2. p. 133. (Schräg verschobenes Becken bei r. genu valgum infolge einer in früher Kindheit überstandenen eitrigen Kniegelenksaffektion.)
17. *Christiani, Die Walchersche Hängelage. Inaug.-Diss. Breslau. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 671.
18. Croom, Holliday, Diskussion zu Young (98). Transact. of obst. soc. of Edinburgh. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 694.
19. — Einige Betrachtungen über das enge Becken. Transact. of the Edinb. obst. soc. 1911. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39. p. 1291 f.
20. Delmes, Neue Untersuchungen über die geburtshilflichen und anatomischen Verhältnisse des Beckens bei doppelseitiger kongenitaler Hüftgelenksluxation. Obstétrique 1911. Aug. Ref. Zentralbl. Nr. 14. p. 452.
21. Deus, P., Über spätere Geburten nach Hebosteotomie auf Grund von 17 Fällen aus der Kgl. Charité-Frauenklinik. Gyn. Rundschau Nr. 12—15. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46. p. 1547.
22. Dibbelt, W., Neue experimentelle Untersuchungen über die Pathogenese der Rachitis. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 7.
23. Doléris, Obstruction pelvienne par corps étranger dans le cul-de-sac de Douglas; dystocie; hysterectomie au terme de la grossesse. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 8. VII. Ref. Presse méd. Nr. 57. p. 603. (Das Geburtshindernis war eine zusammengebackene, bei einer früheren Laparotomie im Douglas zurückgelassene Kompresse. Alles weitere sagt der Titel.)
24. *Donald, Mc, Ellice, Moderately contracted pelvis and induction of labour. Journ. of obst. and gyn. of the Brit. empire. Febr. p. 73. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41. p. 1380.
25. Donnaieski, R., Beitrag zur Frage der Achondroplasie in der Geburtshilfe. Thèse de Paris. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 215. (Die Achondroplasie führt zu Verkürzung aller Beckendurchmesser, die so hochgradig sein kann, dass die Ge-

burt per vias naturales unmöglich wird. Therapeutisch empfiehlt Verf. Kaiserschnitt vor Eintritt der Wehen; wenn dieser verweigert wird, Einleitung des künstlichen Abortus.)

26. Doran, Alban, Pelvis showing extreme asymmetry from early disease of right lower extremity. Journ. of obt. and gyn. of the Brit. emp. May. Vol. XXI. Nr. 5. (Beschreibung eines seit langem in dem Museum of College of Surgeons lagernden Beckens. Um was für eine Erkrankung der r. unteren Extremität es sich gehandelt hat, ist leider unbekannt, sicher aber keine Hüftgelenkserkrankung, da Acetabulum und Umgebung zwar atrophisch waren, aber keine der für Coxitis charakteristischen Veränderungen zeigten. Verf. nimmt als am wahrscheinlichsten irgend eine Lähmung der r. unteren Extremität an. Es handelt sich um ein stark asymmetrisches schräg verengtes Becken; die Verengerung ist am stärksten im Beckenausgang. Das r. Os ileum ist fast völlig atrophisch. Conj. vera 8,2. Arcus pubis 87°. Rechter schräger Durchmesser 12,1 cm, linker schräger Durchmesser 11,74 cm. Über die geburtshilfliche Bedeutung dieses Beckens ist nichts bekannt, da es einer alten Frau angehörte, von der niemand näheres weiss.)

27. — Osteomalacia. The Bronghton pelvis in the museum of the royal college of surgeons. Journ. of obst. and gyn. of the Brit. emp. Febr. p. 65.

27a. Dubinsky, Die gegenwärtige Therapie bei Beckenenge. Wratscheb. Gaz. Nr. 43. (H. Jentter.)

28. *Eisenreich, Über wiederholte Geburten nach Hebosteotomie. Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. 7. VII. Münchner med. Wochenschr. Nr. 35. p. 1932.

29. Fabre et Rhenter, Fibrome et grossesse. Césarienne et hystérectomie subtotale à terme. Réunion obst et gyn. de Lyon. 11. III. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris, ère année. Nr. 3. p. 232. (Die r. Beckenhälfte war durch ein grosses vorhergehendes Myom blockiert, so dass gar nichts anderes übrig blieb, als operativ vorzugehen. Ganz glatter Verlauf.)

30. Fabre et Trillat, Accouchement spontané rapide avec déformation de la tête foetale. Bassin aplati, fortement asymétrique reconnu par la radiographie. Réunion obst. et gyn. de Lyon. 13. V. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris, ère. année. Nr. 5. p. 514.

31. — Bassin à diamètre antéro-postérieur prédominant. Engagement en occipito-sacrée. Vérifikation par la radiographie métrique. Réunion obst. et gyn. de Lyon. 12. II. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 2. p. 119. (Sehr interessanter Fall. Die C. v. 12,2 cm war sogar etwas grösser als der transversale Durchmesser [12 cm]. Der Kopf trat in Geradstand ins Becken ein. Die eigentümliche Beckendeformation erstreckte sich nur auf den Beckeneingang. Der Kopf machte, sobald er eingetreten war, eine Drehung um 180° und wurde in Hinterhauptslage geboren. Becken dieser Art sind sehr selten, ja werden von manchen überhaupt geleugnet. Im vorliegenden Fall wurde durch radiologische Kontrolle die Diagnose sichergestellt. Verf. wollen diese Varietät von den quer verengten Becken getrennt wissen.)

32. —— Bassin à diamètre antéro-postérieur prédominant. Réunion obst. et gyn. de Lyon. 11. III. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 3. p. 230. (Äusserlich auffallend geringe Hüftwölbung. C. v. 14,3; grösster Querdurchmesser 12,5 cm, wobei das Becken sonst im ganzen leicht allgemein verengt und rachitisch erscheint. Glatte Geburt. Es handelt sich mehr um ein anormales als um ein verengtes Becken. Der Schädel trat zunächst in 1. hinterer Hinterhauptslage ein, drehte sich aber dann normal. Ohne Radiographie würden solche Becken übersehen werden, die sicher häufiger sind als man annimmt.)

33. Faure, Diskussion zu Cathala. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 3. p. 193.

34. Fehland, Extraperitonealer Kaiserschnitt. Münchener med. Wochenschr. Nr. 9. p. 497.

35. Fehling, Diskussion zu Lentz (59). Unterelsässischer Ärzteverein Strassburg. 3. II. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 29. p. 1396.

36. *Feissly, R., La thérapeutique obstétricale dans les rétrécissements pelviens. Thèse de Lausanne 1911. Ref. Gynaecologie Helvetica. 12. Jahrg, Frühlingsausgabe. p. 144.

37. *Fetzer, M., Über Geburtsleitung beim engen Becken. Ein klinischer Versuch. Arch. f. Gyn. Bd. 97. H. 3.

38. Fraenkel, L., Beckenmessung. Gyn. Ges. in Breslau. 23. I. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 503. (Der Bericht bringt nur die Schlusssätze, in denen für Messung der Vera von aussen plaidiert wird, um bei hochstehendem Promontorium Beckenverengerungen nicht zu übersehen; denn der Abzug beträgt in solchen Fällen bis zu 5 cm. Ausführliche Arbeit erscheint später.)

39. — Röntgenogramme eines Falles doppelseitiger Hüftgelenksankylose bei sonst normalem Becken. Gyn. Ges. zu Breslau. 26. III. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26. p. 861.

40. Frank, Der subkutane Symphysenschnitt. 84. Vers. d. Naturf. u. Ärzte in Münster i. W. 15.—21. IX. (Frank berichtet über ganz ausgezeichnete Erfolge an 91 Fällen, die besonders bei Beschränkung der Operation auf Mehrgebärende ganz sinnfällig in Erscheinung treten.)

41. *Gauss, Über die Bedeutung der geographischen und sozialen Faktoren für die Ätiologie des engen Beckens. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 28. I. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 114.

42. Gibbon, John, M', Über den Kaiserschnitt und den wiederholten Kaiserschnitt wegen Beckenenge mit Bemerkungen über einen Fall einer Frau, bei welcher die Operation dreimal mit Erfolg ausgeführt wurde. Edinburgh. Med. Journ. Dez. 1911. Ref. Münchener med. Wochenschrift p. 947. Zentralblatt f. Gyn. Nr. 28. p. 939.

43. Griffith, W. S. A., Note on a specimen of rachitic pelvis in which the first sacral vertebra on its left side has characters of a lumbar vertebra, known as an „Assimilation Pelvis". Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. emp. Jan. p. 28. (C. v. $2^1/_8$ Zoll. Die linke Seite des 1. Kreuzbeinwirbels zeigt noch die Charaktere eines Lendenwirbels und nimmt an der Bildung der Articulatio sacroiliaca nicht teil, weshalb auch die linke Beckenbucht enger erscheint und eine sinistrokonvexe Skoliose der Lendenwirbelsäule besteht. Die rechte Hälfte des Wirbels war ganz wohlgebildet. In der Deutung des Falles hält Verf. sich an Breus-Kolisko und reiht sein Becken unter die Gruppe 5 [asym. Assimilationsbecken] ein.)

44. Grosz, F., Ein aufregender Geburtsfall. Gyógyászat 1911. Nr. 42. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 81. (Enges Becken 3°, vergeblicher Zangenversuch. In Ermanglung anderer Instrumente Perforation mit dem Taschenmesser; glatte Genesung der Frau.)

44a. Guzzoni degli Ancarani A., Diagnosi dei vizi pelvici (conferenza). Diagnose der Beckenmissbildungen (Vortrag). Arte Ostetrica. Milano Anno XXVI. p. 257. (Artom di Sant' Agnese).

45. Hellier, J. B., Caesarean section for labour obstructed by a suppurating ovarian dermoid cyst. Lancet. April 27. p. 1129. (Im Douglas liegende nicht reponible orangengrosse Dermoidcyste. Wegen Vereiterung derselben Operation mit supravaginaler Amputation, Heilung).

46. *Hinselmann, H., Über ein Erwachsenenbecken nach chronisch juveniler Malazie (sog. pseudoosteomalacisches Becken) nebst Bemerkungen zur Analyse dieser Beckenform. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. H. 2.

46a. Henkel, Der zervikale transperitoneale Kaiserschnitt. VI. Internat. Kongress f. Geb. und Gyn. zu Berlin. 9.—13. IX. Ref. Zentralbl, f. Gyn. Nr. 40. p. 1306.

47. *Hofmeier, M., Die Stellung der künstlichen Frühgeburt in der Therapie des engen Beckens. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Ergänzungsheft.

48. Humiston, Will. H., Repeated caesarean section. Transact. of Am. Assoc. of Obst. et Gyn. 26.—28. IX. 1911. Am. Journ. of Obst. Nov. 1911.

49. Jacobsohn, S. D., Die Hebosteotomie in Amerika. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 15. Nr. 2.

50. Jaeger, O., Über Spontangeburten bei engem Becken. Münchner med. Wochenschrift 1911. Nr. 26.

51. Jonges, Ein Merkmal des schrägverengten Beckens. Feestbundel Treub. Leiden. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 865. (Als solches fand Verf. einen Tiefenunterschied zwischen den Muskelgruppen an der Aussenseite des Darmbeins der gesunden und kranken Seite; die gesunde zeigt stärkere Vertiefung. Hier müssen also die Glutäen grössere Arbeit geleistet haben. Wenn die Rumpflast beim Gehen vom Bein der gesunden Seite getragen wird, ist das Moment des Kraftpaares, welches den Körper um den Schenkelkopf zu drehen versucht, grösser als wenn das andere Bein die

Last trägt. Es sind hauptsächlich die Mm. glutaei, die dieser Drehungstendenz entgegen arbeiten; diese haben folglich auf der gesunden Seite grössere Arbeit zu leisten.)

51a. Jonges, Ken Eenteeken van het scheef vemann de bekken (Feestbundel Treub. Leiden. Konf. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. (A. Mijnlieff.)

52. *Jung, Ph., Die Behandlung des engen Beckens in Praxis und Klinik. Frauenarzt. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 49. p. 1669.

53. *Kellner, H., Geburtskomplikationen durch Skoliose und Kyphoskoliose. Inaug.-Diss. München 1910. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 49. p. 1670.

54. *Kipping, Fritz, Über die ätiologische Bedeutung der äusseren Lebensbedingungen für die Häufigkeit des engen Beckens. Inaug.-Diss. Freiburg 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 49. p. 1670.

55. *Klotz, Zur Ätiologie der Rachitis auf Grund ihrer theurapeutischen Beeinflussung durch Hypophysenmedikation. Münchner med. Wochenschr. Nr. 21.

56. Knipe, A case of osteomalacia with a review of the American cases. Am. Journ. of Obst. April. p. 582 u. 629.

57. Körbel, Ein Fall von ausgetragener Tuboabdominalschwangerschaft bei osteomalacischem Becken. Wiener med. Wochenschr. Nr. 3. (23jähr. IVpara. Hochgradige Osteomalacie, Sectio am Ende der Gravidität. Die ektopische Schwangerschaft wurde erst bei Eröffnung der Bauchhöhle entdeckt.)

58. Lampugnani, Osteomalacia. La Gin. mederna VII.

59. Lentz, Porros Operation bei nachfolgendem Kopf. Unterelsässischer Ärzteverein Strassburg 3. II. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 29. p. 1396. (Ipara, C. v. 6 cm. Wegen der bereits bestehenden Infektion Porro. (Heilung.)

60. Leonhardt, W., 220 Fälle von künstlicher Frühgeburt bei engem Becken. Inaug.-Diss. Strassburg 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41. p. 1381.

61. Lichtenstein, Diskussion zu Bretschneider (11). Ges. f. Geb. u. Gyn. in Leipzig 20. V. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43. p. 1438.

61a. Lipsky, Vergleichende Bewertung der Resultate der prophylaktischen Wendung, der hohen Zange und der Spontangeburt nach dem Material der geburtshilflichen Klinik der Universität Moskau. Wratsch. Gaz. Nr. 49. Sitzungsb. der geb.-gyn. Ges. zu Moskau. (Auf 10034 Geburten kamen 2727 Fälle von Beckenenge. 127 mal wurde prophylaktisch gewendet, 98 mal die hohe Zange angelegt. 1948 mal endigte die Geburt spontan. Nach der prophylaktischen Wendung betrug die mütterliche Sterblichkeit 1,6% (davon starb 1 an Skorbut). Die Morbidität war nach der Wendung 6,3%, nach der hohen Zange 18,3% d. i. 3 mal grösser. Bei Beckenenge dritten Grades (C. v. 7—7,9) ist die Prognose für die Kinder gleich schlecht. Bei Beckenenge zweiten Grades ist sie für die Kinder nach der Wendung bedeutend besser als nach der Zange (46%). Deswegen meint Verf., dass bei Beckenenge dritten Grades beide Operationen kontraindiziert sind, bei Beckenenge zweiten Grades der Wendung der Vorzug zu geben ist. Bei Beckenenge ersten Grades gibt auch die hohe Zange recht gute Resultate. Verf. betont die Notwendigkeit, eine genaue Nomenklatur für prophylaktische Wendung und für hohe Zange auszuarbeiten, wie auch eine allgemeingültige Einteilung der engen Becken.) (H. Jentter.)

62. Maasland, Über die Pathogenese des schräg verengten Beckens. Feestbundel Treub. Leiden. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 864. (Maasland fand bei einer Frau mit schräg verengtem Becken an der kranken Seite eine sowohl für den faradischen wie galvanischen Strom herabgesetzte Reizbarkeit und nimmt deshalb für bestimmte asymmetrische Becken als Ursache eine in frühester Jugend durchgemachte Poliomyelitis an, die nicht nur die Muskelerscheinungen, sondern auch die Wachstumsstörungen der Beckenknochen erklären könnte.)

62a. — Over de pathogenese van het scheef vemann de bekken Feestbundel Treub. Leiden. Konf. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. (A. Mijnlieff.)

63. Meyer, Aug., Einige seltene Formen von engen Becken. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 19. V. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 360. Hegars Beiträge. Bd. 17. (1. Zwei Hebotomiebecken, auf beiden Seiten durchsägt. Im ersten Fall trat nach der ersten Durchsägung knöcherne Heilung ein, das Becken blieb eng und musste später wieder durchsägt werden. Danach erfolgte bindegewebige Heilung mit guter Verschieblichkeit der Knochen, so dass später eine Spontangeburt erfolgte. Im zweiten Fall war die Knochenleihung beidemal knöchern. Nach der zweiten Durchsägung entwickelte sich ein daumendicker Kallus, der das Becken geburts-

hilflich verschlechterte, weil er nach innen vorsprang. Es wurde deshalb bei einer späteren Geburt der Uterusschnitt notwendig. Es zeigte sich also, dass zwei an sich ganz gleiche Becken durch die Hebotomie ganz verschieden beeinflusst wurden. Die Ursache der verschiedenen Heilung ist nicht genau bekannt. Wünschenswert ist die bindegewebige Heilung, da sie auch den Gang nicht verschlechtert. — 2. Beckenverengerung durch Bruch der Gelenkpfanne mit zentraler Luxation des Schenkelkopfes, wodurch ein asymmetrisch schräg verengtes Becken entstand. Der kindliche Kopf stellte sich in den grösseren schrägen Durchmesser ein, weiter trat eine „schräge hintere Scheitelbeineinstellung" ein, bei der das vorliegende Scheitelbein an der Vorwölbung in der Pfannengegend hängen bleibt und die für derartige schräge Becken typisch ist. Dadurch ist aber die Spontangeburt möglich.)

64. Neu, M., Demonstration von 2 Hebosteotomiebecken. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 19. XI. 1911. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 361. (Ein unvollkommenes asymmetrisches Assimilationsbecken, ein plattrachitisches Becken. Ausführliche Mitteilung folgt.)

65. — Diskussion zu A. Mayer (63). Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 19. V. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 361.

66. — Diskussion zu Gauss (Nr. 41). Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 28. I. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 114.

66a. Nowikow, Ein Fall von extraperitonealem Kaiserschnitt bei Beckenenge. Nachrichten d. Uraler Med. Ges. 1911. (H. Jentter.)

67. Ogata, M., Die Symptomatologie der Rachitis und Osteomalacie in Japan. Hegars Beitr. Bd. 18. H. 1.

68. —, Minakuchi, K. und Kaji, K., Beitrag zu den klinischen und pathologischen Untersuchungen bei der rachitischen Osteomalacie. Hegars Beitr. Bd. 17. p. 55.

69. Oui, Présentation de la face dans un bassin rétreci. Opération de Porro. Réunion obst. et gyn. de Lille 29. XI. 1911. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Dez. 1911. p. 572. (Unreiner Fall, deshalb Porro, als wegen Dehnungserscheinungen der Kaiserschnitt notwendig wird. Heilung.)

70. — Deux cas d'engagement du siège en sacropubienne dans des bassins aplatis. Réunion obst. de Lille. 27. XII. 11. Bull. de la soc. d'obst. de Paris, Dez. 1911. p. 585. (In beiden Fällen passierte der Steiss das Becken bis zum Beckenboden im queren Durchmesser.)

71. Pearson, C. Y., Beobachtungen bei 4 glücklich verlaufenen Kaiserschnitten. Brit. med. journ. März 2. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28. p. 940.)

72. Pery, Kyphotic pelvis, caesarean section. Soc. d'obst. de Bordeaux, Oct. 1911. p. 394. Ref. Journ. of obst. and gyn. of the Brit. emp. März. p. 295. (Beckenausgang zwischen den Tubera ischii $5\frac{1}{2}$ cm, deshalb Sectio. Die Kyphose ist auf Basis einer Tuberkulose entstanden.)

73. Popow, D. D., Die Therapie der Geburt bei Beckenenge. (Grosses, fleissig zusammengestelltes, reich illustriertes Lehrbuch. Allseitige Behandlung des Themas und aller in Betracht kommenden Operationen.) (H. Jentter.)

72a. Planchu, Ostéomalacie puérpérale. Réunion obst. et gyn. de Lyon. 13. V. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 5. p. 520. (Tödlich verlaufener Fall bei 40jähr. VIIIpara.)

74. Reich, Jos., Über senile Osteomalacie. Inaug.-Diss. Heidelberg, März.

75. Richter, A., Zur Kasuistik des klassischen Kaiserschnittes. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. H. 3. (Bericht über 107 Fälle mit 0,9% Mortalität. In 73% gestörtes Wochenbett. Die Indikationen gaben meist Beckenverengerungen, nur einmal vorausgegangene Ventrifixur, einmal Osteochondrose des Kreuzbeins. Die Operation bei stehender Blase bietet die besten Aussichten; die Dauer der Geburt hat im allgemeinen keinen Einfluss auf den Verlauf des Wochenbettes. Der vordere Plazentarsitz ist für die Morbidität bedeutend ungünstiger.)

75a. *Rotter, H., Verfahren zur Heilung enger Becken. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13.

76. Rouvier, Bassin asymétrique avec diamètre bi-ischiatique de 7 centimètres. Accouchement provoqué presque à terme. Expulsion spontanée du foetus par la „position de Jonges". Réunion obst. et gyn. d'Alger. 20. IV. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. April. p. 367. (22jähr. Ipara. Als Kind im Anschluss an einen Sturz Kniegelenksaffektion mit folgender, wenn auch nicht vollständiger Ver-

steifung, dauernde Verkürzung des Beines. Schräg verengtes Becken mit Atrophie beider Darmbeine, leichte Form von Trichterbecken. Die Lagerung nach Jonges (forcierte Flexion der Oberschenkel mit Streckung im Knie und Abduktion der Beine) ermöglichte bei Einleitung der Frühgeburt gegen Ende des 9. Monats eine spontane Ausstossung des 3240 g schweren Kindes. Glatter Verlauf.)

77. Rüder, Zwei Fälle von Uterusexstirpation bei Gravidität. Geb. Ges. z. Hamburg. 15. X. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 103. (Porro bei 37 jähriger Ipara mit platt-rachitischem Becken und bei einem allgemein verengten Becken. Heilung.)
78. Schickele, Diskussion zu Gauss (Nr. 41). Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 28. I. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 115.
79. *Schmid, H. H., Resektion des Promontoriums bei engem Becken. Prager med. Wochenschr. Nr. 48. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 215.
80. Seeligmann, Zweimalige Hebosteotomie bei C. v. von $6^1/_2$ cm. Demonstration. Ärztl. Verein in Hamburg. 23. IV. Münchner med. Wochenschr. Nr. 18. p. 1016. (Beide Male lebensfähige Kinder. Platt-rachitisches Becken. C. v. gelegentlich einer Laparotomie gemessen.)
81. *Sellheim, H., Das künstliche Modellieren des Kindsschädels durch Bewegungen des weiblichen Beckens. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1.
82. *— Diskussion zu Gauss (Nr. 41). Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 28. I. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 115.
83. Solowij, A., Ein Beitrag zur Kenntnis des Beckens mit mangelhafter Entwickelung der Wirbelsäule in der Längsrichtung (dyspygisches Becken). Zentralbl. f. Gyn. Nr. 10.
84. — „Das angeblich dyspygische Becken von Prof. Solowij.“ (Erwiderung an W. Bylicki.) Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23.
85. Stern, Rob., Diskussion zu Torkel (Nr. 90). Gyn. Ges. in Breslau. 12. XII. 1911. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 388. (Stern hält die in den Präparaten des Redners nachweisbare beträchtliche Wucherung der Theca interna für wichtig und ist geneigt, dieselbe in einen gewissen Zusammenhang mit der Osteomalacie zu bringen.)
86. Straub, E., Zur Frage der Therapie beim engen Becken. Inaug.-Diss. Freiburg. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 216. (Straub teilt die engen Becken in solche unter 7,5—7,9, 8—8,9, 9—10. Bei C. v. unter 7,5 verliefen bei Ipara unter 6 Fällen nur eine, bei 20 Mp. nur 2 Geburten spontan. Straub wendet sich gegen die Beckenspaltung mit dem Nachweise, dass 50% aller Mütter ein fieberhaftes, lang dauerndes Wochenbett durchmachten und trotzdem 25% der Kinder zugrunde gingen. Daher hat die Krönigsche Schule die Beckenspaltung bei Iparae überhaupt aufgegeben und wendet sie auch bei Multiparae nur an, wenn der Kopf bereits tief steht.)
87. Suzuki, F., Die Porrosche Operation bei der Osteomalacie. Hegars Beiträge Bd. 17. Heft 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48. p. 1631. (Kasuistische Mitteilung.)
88. Tixier, L. und Roederer C., Osteomalacische Veränderungen des Skeletts bei einem 9 jährigen Knaben. Bull. de la soc. de pédiatrie de Paris. p. 269. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 43. p. 2043. (Verff. nehmen wegen ungewöhnlicher Pigmentation einiger Hautpartien und des niedrigen Blutdrucks an, dass vielleicht eine Störung der Nebenniere Ursache der Erkrankung sei.)
89. Todyo, R., Über das Verhalten der Epithelkörperchen bei Osteomalacie und Oskoporose. Frankfurter Zeitschr. f. Path. Bd. 10. H. 2. (Bei beiden finden sich häufig hyperplastische Wucherungen fettarmer und fettloser Zellen in den Epithelkörperchen, die wahrscheinlich von den chromatischen Zellen der Epithelkörperchen ausgehen. Auch die oxyphilen Zellen können an der Wucherung teilnehmen.)
90. Torkel, Demonstration eines Falles von Osteomalacie. Gyn. Ges. zu Breslau. 12. XII. 11. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16. p. 512. (Lobt die Kastration; über Phosphorbehandlung, Pituitrin- und Adrenalinanwendung hat Torkel keine Erfahrung.)
91. Traud, Maria, Die Resultate der künstlichen Frühgeburt beim engen Becken nach dem Material der Kieler Frauenklinik aus den Jahren 1899—1910. Inaug.-Dissert. Kiel.
92. Veit, Becken mit Schaltwirbel. Freie Vereinigung mitteldeutscher Gyn. 21. I. Zentralbl. f. Gyn. p. 330.

93. Véron, Sieben künstliche Frühgeburten bei derselben Frau. Rev. mens. de Gyn. d'obst. et de péd. VII. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41. p. 1382. (Sämtliche Kinder lebend und am Leben geblieben.)
94. Waeber, Ein Fall von Geburt in tiefem Querstand bei allgemein verengtem kyphotischem Trichterbecken. Gyn. Rundschau Heft 22. (Künstliche Frühgeburt 3 Wochen ante terminum. Die abnorme Einstellung wird mit der allgemeinen Verengerung des Beckens und der Kleinheit des kindlichen Schädels begründet.)
95. Warnekros, Drei Fälle von bilateralen Luxationsbecken. Demonstration, Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 10. 5. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. p. 487. (Bei allen 3 Fällen war das Leiden angeboren; nur 27 Fälle von erworbener doppelseitiger Hüftgelenksluxation sind bisher überhaupt bekannt. Bei allen Frauen waren die Oberschenkelköpfe nur rudimentär angelegt [Röntgenbilder]. Charakteristischer Watschelgang, starke Lordose der Lendenwirbelsäule, scheinbare Verkürzung der Oberschenkel, Abduktion und Rotation nach innen; Hängeleib, Hochstand des Trochanters über der Roser-Nélatonschen Linie. Bei einer Frau fand sich eine tiefe Einziehung der Haut oberhalb der Darmbeinschaufeln. Die C. v. war wenig verkürzt [8½, 9, 9½ cm], die queren Durchmesser des Beckenausgangs waren um 4—5 cm erweitert; grosser flacher Schambogen bei grosser Beckenneigung und vermehrter Querspannung. Der Geburtsverlauf ist bei diesen Fällen folgender: Eröffnungsperiode infolge Verkürzung der Vera etwas verzögert, leicht fehlerhafte Kindeslagen, dadurch häufig frühzeitiger Blasensprung. Ist der Beckeneingang überwunden, dann erfolgt die Geburt glatt, gewöhnlich sogar sehr rasch, wie in diesen 3 Fällen, bei denen die Austreibungsperiode nur 10—15 Minuten betrug.)
96. Wenczel, T., Hebosteotomie und vier Fälle von Sectio caesarea. Gyn. Sekt. des Kgl. ung. Ärztevereins zu Budapest. 7. IX. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31. p. 1029.
96a. — Aászárrmet zés a szük medenezék therapiájàbau. Orvosi Hetilap. Nr. 31. (Habilitationsvortrag über den Kaiserschnitt wegen engem Becken.)
(Temesváry.)
97. Willink, J. W. T., Geburtsstörungen durch Verengerung des Beckenausgangs. Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde 1910. II. p. 21. Ref. Zentralblatt Nr. 14. p. 452.
98. Young James, Geburt bei im Ausgang verengtem Becken, zwei Fälle. Bei einem Hebosteotomie, beim anderen Frühgeburt. Transact. obst. soc. of Edinburgh. 1912. Zentralbl. 1913. p. 694. (Young unterscheidet 2 Typen von im Ausgang verengten Becken. Beim ersten beruht die Verengerung auf mangelhafter Entwickelung, beim zweiten ist sie auf den Beckenausgang beschränkt. Grenze des Querdurchmessers im Ausgang für Spontangeburt 8 cm.)
99. Zawadzki, Vorstellung einer Frau nach Kaiserschnitt, behaftet mit Osteomalacie, welche vor 7 Monaten vergeblich mit Adrenalininjektionen behandelt worden war, obgleich man damals gar nicht bemerkt hatte, dass die Frau schwanger sei. Zawadzki wirft die Frage auf, ob nicht die Adrenalininjektionen gerade deshalb unwirksam sich erwiesen, weil die Frau zurzeit schwanger war. Lwowski Tygodnik Lekarski. Nr. 29. p. 532. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
100. Zuntz, L., Über Osteomalacie. Kritisches Sammelreferat. Berliner klin. Wochenschr. Nr. 50. (Behandelt in Literatur bis Ende 1912.)
101. Zytowsky, Zur Kasuistik der Osteomalacie. Praktitscheski Wratsch. Nr. 10.
(H. Jentter.

Die Bedeutung sozialer und geographischer Faktoren hat Gauss (41) zum Gegenstand einer Nachforschung gemacht mit dem Ergebnis, dass in engen weltabgeschiedenen Tälern des Schwarzwaldes eine Anhäufung von engen Becken sich findet, während die Hochebene des Schwarzwaldes und die Rheinebene mit ihren Flussläufen von engen Becken verschont bleiben. Neben Rassenunterschieden, Inzucht scheinen vor allem auch soziale Momente eine Rolle zu spielen, derart, dass in den schwer arbeitenden, sozial schlecht gestellten Ständen die Häufigkeit des engen Beckens zunimmt. Sellheim (82) bestätigt diese Angaben von Gauss, betont aber noch mehr die Wichtigkeit der sozialen Faktoren. Kipping (54), der gleich Gauss das Material der Freiburger Klinik bearbeitete, bestreitet freilich die Bedeutung geographischer Faktoren vollständig und misst nur

sozial ungünstigen Verhältnissen in den Entwickelungsjahren grosse Bedeutung bei. So fanden sich unter einem Gesamtmaterial von 2941 Frauen in der 1. Klasse 1 %, in der 2. Klasse 4,7 %, in der 3. Klasse 17—20 % enge Becken, insgesamt 16,6 %. Bei 70—80 % aller Frauen mit engem Becken lassen sich ungünstige äussere Verhältnisse während der Entwickelungszeit feststellen.

Interessant sind die Versuche zur operativen Heilung enger Becken. Rotter (75a) hat den Vorschlag gemacht, nach Freilegung des Promontoriums und Unterbindung der A. sacralis media mit einem Meissel ein etwa 3 1/2 cm breites, 1 1/2 bis 2 cm dickes Stück aus dem letzten Lumbal- und 1. Kreuzwirbel zu entfernen und dadurch die C. v. dauernd um 1 1/2—2 cm zu vergrössern. H. H. Schmid (79) hat diesen Vorschlag Rotters als erster in die Tat umgesetzt. Es gelang ihm, bei einer I para eine Erweiterung der C. v. von 9 1/2 auf 10 1/2 cm zu erzielen; bei einer IV para, bei welcher eine Totgeburt und 2 Perforationen vorhergegangen waren, wurde die Conjugata von 9 auf 10,2 cm erweitert und dadurch die Möglichkeit späterer Spontangeburten geschaffen. In beiden Fällen wurde die Operation erst vorgenommen, als die Unmöglichkeit der Spontangeburt zweifelsfrei erwiesen war. Eine Kallusbildung, die den Effekt der Operation wieder vernichten könnte, ist nicht zu fürchten, da ja das Periost nach dem Vorschlag Rotters mit fortgenommen wird. Immerhin können erst die Erfahrungen bei späteren Geburten über den Dauererfolg der Operation Aufschluss geben.

M. Fetzer (37) hat in einer grösseren Arbeit über einheitliche Prinzipien der Geburtsleitung beim engen Becken und die damit erzielten Erfolge berichtet. Es handelt sich ganz allgemein darum, Mutter und Kind nicht allein vor Schädigung zu bewahren, sondern auch in der möglichst gefahrlosen Situation zu erhalten und die möglichst einfache Therapie einzuschlagen. Als enge Becken rechnet Verf. alle mit einer C. v. unter 10 und berichtet über 230 Fälle = 16,4 % enge Becken unter allen Geburten. Von der künstlichen Frühgeburt wurde ganz abgesehen, ebenso von der prophylaktischen Wendung und Hebosteotomie, auch die hohe Zange kam nur 1 mal zur Verwendung. Das Hauptentbindungsverfahren war der extraperitoneale Uterusschnitt, der es gestattete, unnötige operative Eingriffe mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit zu vermeiden, da er in zweifelhaften Fällen erst vorgenommen wurde, wenn die Unmöglichkeit einer Spontangeburt erwiesen war. Über die Details muss man die interessante Arbeit selbst nachlesen. Jedenfalls zeigen die Ausführungen des Verf.'s, dass an der Tübinger Klinik nach einem einheitlichen, einfachen und schonenden Prinzip vorgegangen und damit ausgezeichnete Resultate (80 % Spontangeburten, 3 mit der Geburtsleitung in Zusammenhang stehende Todesfälle bei den Kindern, kein auf die Geburtsleitung zu beziehender Verlust an Müttern) erzielt wurden.

Jung (52) hat die schwierige Frage der Abgrenzung zwischen Geburtshilfe der Klinik und des praktischen Arztes für das enge Becken sehr übersichtlich erörtert und folgende Leitsätze aufgestellt: 80 % aller Geburten bei engen Becken verlaufen spontan, wenn nur geduldig abgewartet wird. Zugunsten des Kindes dürfen grössere Eingriffe nur bei reinen Fällen gemacht werden. Die Abgrenzung zwischen Praxis und Klinik wünscht Jung so durchgeführt: 1. Dem Praktiker sollen alle Becken ersten Grades sowie diejenigen zweiten Grades, in denen die künstliche Frühgeburt eingeleitet oder grössere Eingriffe wegen Infektion ausgeschlossen sind, verbleiben. Dagegen sollen alle engen Becken dritten Grades, diejenigen zweiten Grades, bei denen noch andere Eingriffe (Sterilisation, Tumoroperation) notwendig sind oder bei denen die Unmöglichkeit einer Spontangeburt durch frühere Erfahrungen erwiesen ist, den Kliniken übergeben werden.

Feissly (36) grenzt die einzelnen Entbindungsverfahren beim engen Becken ab. 1. Die prophylaktische Wendung wird bei Multiparen mit einer C. v. unter 8 angewendet, wenn möglich bei erhaltenen Eihäuten und möglichst erweitertem Muttermund. Mortalität Θ. 2. Die künstliche Frühgeburt wird nur bei allgemein

verengtem Becken (C. v. 7,6 — 8,5) als vorteilhaft erachtet. Unter 3 Fällen 2 tote Kinder. 3. Hohe Zange kommt nur ausnahmsweise in Betracht, wenn der Kopf mit einem grösseren Segment bereits eingetreten und fixiert ist. Mortalität Θ. 4. Die Perforation des lebenden Kindes wird verworfen. 5. Bei beckenerweiternden Operationen wird Infektion nicht als absolute Kontraindikation angesehen.

Sellheim (81) weist darauf hin, dass durch Abwechslung zwischen Hängelage und Steissrückenlage der Kopf bei nicht allzu grossem Missverhältnis zweckmässig modelliert und gewissermassen in das Becken hineingehebelt wird.

Hofmeier (47) tritt auf Grund seiner Resultate für die künstliche Frühgeburt ein. Er betont zunächst die Unsicherheit der Grundlagen der Beckenmessung, welche einen Vergleich der Resultate verschiedener Kliniken fast unmöglich machen. An seinem Material weist Hofmeier nach, dass die künstliche Frühgeburt bei genauer Indikationsstellung sogar bessere Resultate gibt als die chirurgische Therapie nach möglichst langem Zuwarten. Sein Material betrifft unter 8000 Geburten 70 Frühgeburten, darunter nur 3 Erstgebärende. Die C. v. (Bylicki) war 16 mal 6,5—7,5, 43 mal 7,5—8,5, 12 mal über 8,5. Die 71 Frühgeburten verteilen sich auf 51 Frauen. Mütterliche Mortalität Θ, kindliche 14 %. Bei I parae und Beckenverengerungen unter 7,5 soll die künstliche Frühgeburt nicht gemacht werden. Von grosser Bedeutung ist ferner die Technik, wie die letzten 36 Fälle mit nur 2 kindlichen Todesfällen zeigen. Die Technik besteht im wesentlichen darin, dass nach Dilatation und Einlegen eines Metreurynters sofort nach Ausstossung des letzteren das Kind — ohne Rücksicht auf seine Lage — gewendet und extrahiert wird, weil die Erfahrung gezeigt hat, dass bei dem Versuch, die Spontangeburt abzuwarten, dieselbe häufig so langsam eintritt, dass das Kind geschädigt wird und dann unter viel ungünstigeren Umständen operiert werden muss, wobei häufig die Kinder doch absterben und oft auch die Mütter geschädigt werden. Von den Kindern sind uur 22 % innerhalb des 1. Lebensjahres gestorben, d. h. es ist die allgemeine Mortalität (22,3 %) in keiner Weise überschritten.

McDonald (24) hält bei C. v. bis 8 die künstliche Frühgeburt ebenfalls für das empfehlenswerteste Verfahren. Bei C. v. von 8 kann man auf ein Kind von 2500 g mit einem biparietalen Durchmesser von 8 rechnen und unter diesen Verhältnissen sind die Lebenschancen des Kindes nicht wesentlich geringer als am Ende der Gravidität. Natürlich wird man je nach dem Grade der Beckenverengerung die Frühgeburt unter Umständen auch erst später einleiten können. Zur Berechnung des Gewichts der Kinder wird Tuttles Regel empfohlen: man zieht von der Zahl der Lunarmonate 2 ab, erhebt die Differenz zum Quadrat und dividiert die erhaltene Zahl durch 2. Dann erhält man das Gewicht des Kindes. Um die Zeit der Gravidität in zweifelhaften Fällen zu bestimmen, geht Verf. nach einer anderen Regel vor. Die Dauer der Schwangerschaft in Lunarmonaten ist gleich der Höhe des Uterus in cm dividiert durch 3,5. Unter Höhe des Uterus ist die Bogenlänge von der Symphyse bis zum Fundus verstanden. Das sogenannte „Sinken" des Uterus ist zu vernachlässigen. Denn wenn der Kopf ins Becken eintritt, ist jede Messung überhaupt überflüssig. Schliesslich bestimmt Verf. durch die Bauchdecken ungefähr den okzipitofrontalen Durchmesser des Kopfes und berechnet daraus durch Abzug von 2,33 cm den Diameter biparietalis. Unter 84 Fällen war dadurch in 60 Fällen der Durchmesser richtig berechnet worden, in 17 Fällen mit einem Fehler von 0,25, in 6 Fällen von 0,5 cm. Als Methode zur Einleitung der Frühgeburt wird die extraovulare Metreuryse empfohlen.

Bagger-Jörgensen (3) empfiehlt dagegen die Bougie-Methode, in letzter Zeit mehr den Eihautstich und verwirft die künstliche Frühgeburt bei I parae sowie bei einer Vera unter 8. Die Kinder zeigen in ihrer Vitalität keinen Unterschied gegenüber ausgetragenen Kindern.

Kellner (53) bespricht den Einfluss der Skoliose und Kyphoskoliose auf das Becken wie auf Herz und Lungen und teilt dann 10 einschlägige Geburts-

geschichten mit. 3 Frauen starben an Herzermüdung, 3 waren durch akute Herzschwäche während der Geburt sehr gefährdet. Deshalb rät Verf. bei frühzeitig auftretenden Störungen von seiten des Herzens die Schwangerschaft zu unterbrechen, besonders wenn auch noch eine starke Beckenverengerung vorhanden ist.

Christiani (17) berichtet über 45 Fälle und empfiehlt die Anwendung der Walcherschen Hängelage in jedem Falle, in dem der Kopf keine Neigung zeigt, ins Becken einzutreten, so z. B. auch bei Wehenschwäche, da durch die Hängelage oftmals eine Kräftigung der Wehen eintritt.

Eisenreich (28) konnte 92 Fälle späterer Schwangerschaft nach Hebosteotomie zusammenstellen. Dabei kam es in 27 Fällen zu Fehl- und Frühgeburten, 30 spontanen Geburten oder leichten künstlichen Entbindungen, 4 Perforationen des Kindes, 31 mal zu erneuter Hebosteotomie, Symphyseotomie oder Sectio caesarea, worunter allerdings Fälle mit einer C. v. bis 7 und darunter sind. An der Münchner Klinik konnten 26 hebosteotomierte Frauen wieder ermittelt werden. Davon wurden 9 nicht mehr gravid, 4 hatten teils spontane teils künstliche Frühgeburten, die übrigen 13 bekamen ausgetragene Kinder, davon 8 spontane Geburten, bei den restlichen 5 waren nochmals Hebosteotomie oder Kaiserschnitt, Perforation des Kindes notwendig.

In einer sehr bemerkenswerten Arbeit, die durchaus zur Lektüre im Original empfohlen sei, zeigt Klotz (55), dass es sich bei der Rachitis um Störungen des Phosphorstoffwechsels und nicht des Kalkstoffwechsels handelt. Er kommt dazu auf Grund der ganz überraschenden Erfolge, die bei 5 schwer rachitischen Kindern mit Hypophysochromtabletten (phosphorhaltiger Farbstoff der Hypophyse) unter Zulage von kohlensaurem Kalk erzielt wurden. Klotz meint, dass das Hypophysochrom als Stimulans auf die Hypophyse wirke und eine Unterfunktion derselben ausgeglichen werde. Nach dem Ausfall der Versuche wird man ja wohl der Hypophyse eine wichtige Rolle im Phosphorhaushalt zuerkennen müssen und annehmen dürfen, dass bei Rachitis eine Unterfunktion der Hypophyse vorliegt.

Hinselmann (46) zeigt in einer sorgfältigen und scharfsinnigen Analyse eines zunächst ganz als osteomalacisches imponierenden Beckens, dass es sich in Wirklichkeit um rachitisches Becken handelt. In weiterer Verfolgung der Differentialdiagnose kommt Hinselmann zu dem Ergebnis, dass die bisherige Trennung zwischen Rachitis und Osteomalacie überhaupt nicht aufrecht zu erhalten sei; demnach ist auch die Bezeichnung „pseudoosteomalacisches“ Becken unzulässig. Für die Differentialdiagnose ist vor allem die Analyse des Beckenausgangs von Wert. Die entscheidende Bedeutung kommt dabei der Länge der Schamsitzbeinschenkel zu. Ihre Länge beträgt normal 6,2 cm. Eine Verkürzung unter 5 dürfte für eine Wachstumsschädigung in der Synchondrosis ischiopubica sprechen und auf das Fehlen postrachitischen Wachstums infolge früher Synostose der Synchondrose zu beziehen sein. Die hier gedrängt mitgeteilten Ergebnisse der Arbeit mögen zum Studium des Originals anregen.

B. Störungen bei der Geburt der Plazenta.

1. *Adair, F. L., Über den Einfluss der Momburgschen Blutleere auf Blutdruck, Puls und Temperatur. Surg., Gyn. and Obst. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39. p. 1289.
2. Ahlfeld, F., Hand von der Gebärmutter. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. (Ahlfeld wendet sich scharf gegen den Vorschlag von Reich (82), da das Handauflegen das Personal allzuleicht zum Kneten und Drücken des Uterus, bezw. zur Expression der Plazenta verleite.)
3. Alletsee, Ed., Über Indikation und Prognose der manuellen Plazentarlösung. Nach poliklinischen Journalen der Kgl. Univ.-Frauenklinik zu München vom Jahre 1898—1911. Inaug.-Dissert. München. August.
4. Baldassari, Le emorragie ostetriche. Lucina 4. p. 69.

5. *Baldowsky, Zur Frage über die subchorialen Zysten der Plazenta. Arch. f. Gyn. Bd. 98. H. 1.
5a. — Über subchoriale Plazentarzysten. Medizinskoje Obosvenie Nr. 5. (H. Jentter.)
6. Bar, Du traitement chirurgical des hémorrhagies utérines. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 8. VII. Ref. Presse méd. Nr. 57. p. 603.
7. *Barchet, P., Über die vorzeitige Lösung der normal sitzenden Plazenta. Hegars Beiträge zur Geb. u. Gyn. Bd. 17. H. 2.
8. Baus, Nekrotische Plazenta, 3 Tage post partum spontan ausgestossen. Demonstration. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Köln. 29. 3. 1911. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 731.
9. Bergren, Sture, Beitrag zur Pathologie und Therapie der vorzeitigen Lösung der normal inserierenden Plazenta. Arch. mens. d'obst. et de gyn. August. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 514. Bericht über einen Fall. (Therapeutisch befürwortet Verf. den konservativen Kaiserschnitt, nur bei hochgradigen Blutungen und mangelhafter Kontraktionsneigung Porro.)
9a. Berggren, S., Ein Beitrag zur Kenntnis der vorzeitigen Lösung normal sitzender Plazenta. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d. Gesellsch. schwed. Ärzte. Hygiea Nr. 10. (Silas Lindquist.)
10. Bichle, L. W., Ante partum Hemorrhage. Brit. med. journ. Jan. 6. (2 Fälle, in denen die kurze Nabelschnur vorzeitige Plazentarlösung veranlasste. Im ersten Fall war die Nabelschnur 5mal um den Hals des Kindes geschlungen.)
11. Boxer, S., Zur Technik der Uterustamponade. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21. (Einfache sehr praktische Modifikation des Scherbakschen selbsthaltenden Spekulums. Das Gewicht ist quer gestellt und durch Anbringung federnder Hebel zum Tragen der Gazerolle geeignet, die nun leicht, ohne Assistenz aseptisch eingeführt werden kann.)
12. Bretschneider, Diskussion zu Zweifel (104) Ges. f. Geb. und Gyn. in Leipzig. 18. Nov. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 579.
13. *Brodhead, G. L., Observations on 189 cases of introduction of labour. Amer. Journ. of Obst. May. Ref. Zentralbl. Nr. 41. p. 1381.
14. Bubis, J. L., Blutung infolge vorzeitiger Lösung der normal sitzenden Plazenta mit Bericht über einschlägige Fälle. — Cleveland med. journ. July. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46. p. 1556.
15. Canestro, C., Momburgsche Blutleere und die Glandulae suprarenales. Rev. de chir. 1911. Nr. 12. Ref. Zentralbl. 39. p. 1290.
16. Cholmogoroff, S., Die vaginale Sectio caesarea zur raschen Beendigung der Geburt oder Unterbrechung der Schwangerschaft. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. H. 6. (22 Fälle; Verf. hält die Hysterotomie für das beste Verfahren zur raschen Beendigung der Geburt und führt unter den Indikationen dazu auch die vorzeitige Lösung der normal sitzenden Plazenta.)
17. Commandeur und Lacassagne, Gutartiger Plazentartumor. Lyon méd. Nr. 39. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 408. (Spontaner Abgang eines Angioms der Plazenta, dem später die Planzenta mit Frucht mens. IV. folgte.)
18. Couvelaire, Deux nouvelles observations d'hémorrhagies retroplacentaires avec infiltration sanguine de la paroi musculaire de l'utérus. Ann. de gyn. et d'obst. Aug. p. 486.
19. *— Die chirurgische Behandlung der Uterusblutungen in der Gravidität, in der Geburt und im Wochenbett. VI. Internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. in Berlin. 9.—13. IX. Ref. Zentralblatt f. Gyn. Nr. 40. p. 1313; Gyn. Rundschau p. 765.
20. — Chirurgische Behandlung der Blutungen infolge Lösung der normal und falsch inserierten Plazenta. Rev. prat. d'obst. et de péd. 25. Jahrg. Nr. 280 u. 281. Ref. Zentralbl, f. Gyn. 1913. p. 514.
21. *Davis, Manual compression of the abdominal aorta for postpartum hemorrhage. VI. Internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. in Berlin. 9.—13. IX. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. p. 1315.
22. *— Eine Methode zur Kontrolle der Postpartum-Blutungen vermittelst manueller Kompression der Aorta. Kaiserschnitt bei Plazenta praevia. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 471.
23. *Dehnike, P., Zur Therapie der Eihaut- und Plazentarrestretention. Prakt. Ergebnisse der Geb. u. Gyn. Bd. 4. 1. Hälfte.

24. Deseniss, Diskussion zu Seligmann (92). Geb. Ges. zu Hamburg. 26. XI. Ref. Zentralblatt 1913. p. 173. (Stimmt Seligmann ganz bei.)
25. Dührssen, Die chirurgische Behandlung bei Uterusblutungen in der Gravidität, in der Geburt und im Wochenbett. Berliner klinische Wochenschr. Nr. 37. (Empfehlung des Metreurynterschnitts bei Blutungen intra partum, der Tamponade bei postpartalen Blutungen, der Totalexstirpation bei verzweifelten Fällen, in denen die Blutung durch die gewöhnlichen Massnahmen nicht zu beherrschen ist.)
26. Elten, Das Plazentarangiom — eine echte Geschwulst. Monatsschr. f. Geb. und Gyn. Bd. 36. H. 6. (Wendet sich gegen Gräfenberg, der diese Tumoren nicht als echte Geschwülste gelten lassen will. Es handelt sich vielmehr um geschwulstmässig proliferierende Gefässbezirke in den Chorionzotten. Klinische Störungen werden gewöhnlich nicht beobachtet.)
27. Fabre et Bourret, Étude histologique de la paroi utérine dans un cas de decollement prématuré du placental normalement insérée. Réunion obst. et gyn. de Lyon. 12. II. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 2. p. 111. (Weitere Verfolgung eines schon früher (1906) beschriebenen Falles, in dem eine „vakuoläre Endometritis" mit der vorzeitigen Lösung der Plazenta in Zusammenhang gebracht wurde. Vervollständigung durch die Untersuchung der muskulären Uteruswand. In Übereinstimmung mit ähnlichen Untersuchungen von Couvelaire und Loria fanden die Autoren eine diffuse hämorrhagische Infiltration an der Plazentarstelle mit der Tendenz, die Muskelfasern auseinander zu drängen. Diese Veränderung scheint den Autoren ausreichend zur Erklärung der vorzeitigen Lösung.)
28. Fabre et Éparvier, Examen histologique d'un placenta retenu plusieurs mois dans la cavité utérine. Réunion obst. et gyn. de Lyon. 12. II. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 2. p. 121.
29. Fehling, Diskussion zu den Verhandlungsthemen. VI. Internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. in Berlin. 9.—13. IX. Ref. Gyn. Rundschau. p. 773f.
30. Frankl, O., Diskussion zu dem 2. Verhandlungsthema. VI. Internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. in Berlin. 9.—13. IX. Ref. Gyn. Rundschau. p. 7711. (Macht neuerdings auf die Gefahren des Momburgschen Schlauches aufmerksam, der bei kranken Herzen und Gefässen sowie bei sehr ausgebluteten Frauen zu vermeiden sei.)
31. *v. Franqué, O., Die Behandlung der Retention von Eiteilen bei bestehendem Fieber. Med. Klinik 1911. Nr. 52. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 483.
32. Frigyesi, Jos., Die Anwendung der Momburgschen Blutleere in der Geburtshilfe. Mitteil. aus der II. Frauenklinik der Kgl. ungar. Universität Budapest. Bd. II. H. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 148.
33. — Die Anwendung des Momburgschen Schlauches zur Blutstillung in der Geburtshilfe. Orvosi Hetilap. Gynaekologia Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39. p. 1290. (Gute Erfahrungen an 25 Fällen ohne Schädigung der Frauen. Die Einwickelung der Beine ist nicht nötig, wenn man nur bei der Lösung des Schlauches ganz langsam, schrittweise vorgeht, was namentlich bei hochgradiger Anämie notwendig ist.)
34. *Gauss, C. J., Die instrumentelle Kompression der Aorta abdominalis, eine ungefährliche und sichere Methode geburtshilflicher Blutstillung. Zentralblatt f. Gyn. Nr. 18.
35. Gräfenberg, Diskussion zu Sadewasser (87) Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 9. II. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. p. 649. (Gräfenberg wirft die Frage auf, ob vielleicht eine echte Geschwulst vorliegt und es nicht vielmehr einfach um degenerierte später verklebte Chorionzotten sich handelt.)
36. *Grödel, Alb., Über den physiologischen und pathologischen Blutverlust bei der Geburt. Inaug.-Dissert. Heidelberg 1911. Ref. Zentralblatt f. Gyn. Nr. 35. p. 1164.
37. Grote, Diskussion zu Seeligmann (92). Geb.-Ges. zu Hamburg. 26. XI. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 173. (Tritt für die Meutreuryse ein.)
38. Guzzoni, Diskussion zur Behandlung der Blutungen. VI. Internat. Kongr. f. Geb. und Gyn. 9.—13. IX. Berlin. (Empfiehlt Aortenkompression und Pituitrin.)
38a. — A., Tumore della placenta. Plazentargeschwulst. Atti della Società Ital. di Ostetr e Ginec. Vol. XVIII. (Artom di Sant' Agnese.)
39. Hachner, A., Die Momburgsche Blutleere. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 115.

H. 1—2. (Kritische referierende Arbeit, die über die ganze die Methode betreffende Literatur guten Überblick gibt.)
40. Hau, Fritz, Über die Retention der Eihäute. Inaug.-Dissert. München. März.
41. Hartmann, Diskussion zu Zweifel (104) Ges. f. Geb. u. Gyn. in Leipzig. 18. XI. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 579.
42. Hartmann, J. P., Über Prolapsus placentae. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25. p. 819. (25jähr. III-gravida m. VI. mit Nephritis chronica. Blutung; durch den für 1 Finger durchgängigen Zervikalkanal Plazentargewebe zu fühlen. In der Annahme, dass eine Plac. praevia vorliegt, wird die Metreuryse ausgeführt, nach einigen Stunden jedoch mangels jeglicher Erweiterung der Ballon wieder entfernt. Hinter einem grösseren Blutkoagulum folgt auf Druck die ganze Plazenta. Vorfall eines kindlichen Arms, Wendung nach Braxton-Hicks, Extraktion. Die Frau wird zusehends anämischer und kommt nach einigen Stunden ad exitum. In der Plazenta zahlreiche Blutergüsse und Infarkte. Hartmann hält die Nierenerkrankung ätiologisch für die vorzeitige Lösung für bedeutsam, ohne über den Zusammenhang näheres anzugeben.)
43. Helme, W., Zur Statistik der Nachgeburtsblutungen. Arb. aus der geb.-gyn. Klinik zu Helsingfors. H. 13. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 44. p. 1481.
44. Hirsch, Atoniebehandlung. VI. Internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. in Berlin. 9.—13. IX. Ref. Gyn. Rundschau. p. 771. (Empfiehlt Injektionen von Secacornin in die Portio.)
45. Holz, F., Zur Technik der Uterustamponade. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. (Empfiehlt eine einfache Tamponadebüchse nach Art eines Schlitzkartons.)
46. Holzapfel, Zur Behandlung der Blutungen post partum infantis. Med. Ges. zu Kiel. Münchner med. Wochenschr. Nr. 28. p. 1577.
47. Jötten, K. W., Über solide Plazentartumoren. Inaug.-Diss. Berlin.
48. Johnstone, R. W., Chorioangioma of the Placenta. Edinburgh obst. soc. 12. VI. Lancet 29. VI. p. 1759. (Hydramnios, Frühgeburt. Der 3×4 Zoll grosse Tumor bestand aus einzelnen Lappen von Erbsen- bis Pflaumengrösse. Jeder Lappen zeigte doppelten Epithelbelag; darunter eine Lage zarten Bindegewebes, darunter ein Netz von Kapillaren und kleinsten Venen und Arterien. Diagnose: Kapilläres Angiom, ausgehend vom Chorion.)
49. *Jolly, Ein Vorschlag zur Behandlung der atonischen Nachgeburtsblutungen. VI. Internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin 9.—13. IX. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. p. 1317.
50. *Jung, Ph., Die chirurgische Behandlung der Uterusblutungen in der Gravidität, in der Geburt usw. VI. Internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin 9.—13. IX. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. p. 1315. Gyn. Rundschau. p. 767.
51. Kalima, T., Über Veränderungen in retinierten Plazenten. Mitteil. a. d. gyn. Klinik von Engström. Bd. X. H. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 407.
52. — Über den sogenannten weissen Infarkt der Plazenta. Ebenda. p. 1.
53. *Keator, Harry Mayham, Transfusion. Am. Journ. of Obst. June. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35. p. 1167.
54. *Kehrer, E., Zur operativen Behandlung der Postpartum-Blutungen. Münchner med. Wochenschr. Nr. 16.
55. Kupferberg, Zweimannskopfgrosses Uterusmyom mit Retentio totalis placentae. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 19. V. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 354. (Frühgeburt mens. VI, mit Schüttelfrost eingeliefert. Porro. Jauchige Plazenta noch im Fundus. Glatte Heilung.)
56. *Labhardt, Alf., Zur operativen Behandlung der Postpartum-Blutungen. Zentralblatt f. Gyn. Nr. 23.
57. — Zur Ätiologie und Therapie der Postpartum-Blutungen. Korrespondenzbl. für Schweizer Ärzte 1910. Nr. 17. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 317.
58. Lepage, Présentation de placenta. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 16. 5. Ref. Presse méd. Nr. 44. p. 471.
59. — De la transfusion d'artère à veine dans les hémorrhagies très graves de a puerpéralité. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 13. V. Bull. de la Soc. 1ère année Nr. 5. p. 436.
60. Lomer, Diskussion zu Seeligmann (Nr. 92), Geb. Ges. zu Hamburg. 26. XI.

Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 173. (Lomer ist kein Gegner der Metreuryse, bevorzugt aber doch die Wendung nach Braxton-Hicks.)
61. Losee, J. R., Report of a case of general haemangiomatosis of the placenta. Bull. of the Lying-in Hospital. Vol. VIII. Nr. 2. March. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35. p. 1173.
62. Massag, F., und André Sougot, Beitrag zum Studium der Plazentarzysten. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. VII. Jahrg. Nr. 8. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 87.
63. Matthaei, Diskussion zu Rüder (Nr. 86). Ärztl. Verein in Hambnrg. 4. VI. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 47. p. 2242. (Erwähnt einen ähnlichen Fall, in dem die Reposition zwar gelang, die Pat. nach Spontangeburt aber an Peritonitis durch Ruptur des Tumors [Dermoid] zugrunde ging.)
64. *Mayer, Aug., Über die Gefahren des Momburgschen Schlauches. VI. Internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. in Berlin. 9.—13. IX. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40, p. 1317.
65. Meinardus, K., Ein Beitrag zur vorzeitigen Lösung der Plazenta bei normalem Sitz infolge von Nierenerkrankung. Inaug.-Diss. Berlin. Juli.
65a. Mészáros, Károly, Egyes megfigyeleiek a szülés utáni vérzésekröl. Budapesti Orvosi Ujság, Szülészet és Nögyógyászat. Nr. 2. Mészáros empfiehlt bei Blutungen post partum vor allem die manuelle Kompression der Bauchaorta. Die Dührssensche Tamponade betrachtet er als „letztes Mittel". Er tamponiert unter Leitung der eingeführten Linken das Kavum ganz fest.) (Temesváry.)
66. Meyer, L., und J. Lohse, Über einige bisher nicht beschriebene Hohlräume in der Plazenta. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Ergänzungsheft.
67. *Meyer, Rob., Die Plazentargefässe als Kennzeichen für die Entstehung der Placenta marginata s. extrachorialis. Arch. f. Gyn. Bd. 98. p. 493.
68. — Diskussion zu Sadewasser (87). Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 9. II. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. p. 650.
69. — Placenta accreta. Demonstration. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 28. VII. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 541.
70. Michaelis, Ernst, Über die Blutungen in der Nachgeburtsperiode. Inaug.-Diss. Halle 1911. Ref. Münchner med. Wochenschr. Nr. 22. p. 1245.
71. Mittelacher, Behandlung von Plazentar- und Eihautresten. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Köln 13. XII. 1911. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 737. (Will bei zweifelhafter Vollständigkeit der Plazenta am 10. Wochenbettstage (! Ref.) in den Uterus eingehen und eventuelle Reste entfernen.)
72. Müller, A. und P. Saexl, Kalziumgelatineinjektionen. Therapeutische Monatsh. Nr. 11. Ref Deutsche med. Wochenschr. p. 7329.
73. Nacke, W., „Hand von der Gebärmutter". Zentralbl. f. Gyn. Nr. 50. (Tritt befriedigt Ahlfelds Ausführungen [Nr. 2] bei.)
74. Obata, Beitrag zur Ätiologie der atonischen Blutungen post partum. Gyn. Rundschau Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19. p. 623. (Wegen Nephritis im sechsten Graviditätsmonat Unterbrechung bei abgestorbener Frucht. Manuelle Plazentarlösung. Atonie, die trotz Tamponade, Momburg nach $^3/_4$ Stunden zum Exitus führte. Mikroskopisch: an der Plazentarstelle ödematöse Durchtränkung der Uteruswand, zahlreiche Thromben in den tiefen Venen der Uterusmuskulatur, keine entzündlichen Veränderungen, kein Überwiegen des Bindegewebes. Diese Veränderungen werden für die Atonie verantwortlich gemacht. Die ungewöhnliche Thrombusbildung war bedingt durch das Eindringen von infolge des Fruchttodes pathologisch veränderten Zotten, die — des Syncytiums beraubt — zur Blutgerinnung Veranlassung geben.)
75. Oui und Lambret, Direkte Bluttransfusion nach Blutung durch vorzeitige Lösung der normal sitzenden Plazenta. Prov. méd. Nr. 48. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 407. (VI para. Trotz raschen Geburtsverlaufs nach Blasensprengung bedrohliche Anämie, die sich auf die gewöhnlichen Massnahmen nicht besserte. Anastomose der V. cephalica mit der Art. radialis des Mannes, 1 Stunde lang. Rettung. Verfahren für ähnliche Fälle empfohlen.)
76. Oui, Diskussion zu Paucot (77). Réunion obst. et gyn. de Lille. 20. VI. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 1ère année. Nr. 6.
77. *Paucot, H., Rapport sur le traitement chirurgical de hémorrhagies utérines

pendant la grossesse, l'accouchement et la délivrance. Réunion obst. et gyn. de Lille. 20. VI. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 1ère année Nr. 6.

78. Pherson, Ross Mc., The case of the normal obstetrical patient during the third stage of labour and puerperium. Bull. of the Lying- in Hospital. Vol. VIII. Nr. 2. March. (Gibt die bekannten Vorschriften über die abwartende Leitung der Nachgeburtsperiode.)

79. Philipps, Miles H., Case of concealed accidental haemorrhage treated by caesarean section and hysterectomy. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. XXI. Nr. 3. (Es handelte sich um einen Fall vorzeitiger Lösung der normal sitzenden Plazenta. Supravaginale Amputation, weil der Uterus nach dem Kaiserschnitt absolut atonisch blieb. An der Plazenta makroskopisch nichts Abnormes.)

80. Planchu, Gutartiger Tumor der Plazenta. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. Jahrg. VII. Nr. 9. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 87.

81. Rabinowitsch, O. M., Contribution à l'étude du traitement de la rétention placentaire. Thèse de Genève. Ref. Gynaecologia Helvetica. XII. Jahrg. p. 173. Frühlingsausgabe.

81a. Ratschinsky, Zur Behandlung schwerer Gebärmutterblutungen. Russki Wratsch. Nr. 34. (Gute Resultate der Fritschschen Methode bei atonischen Blutungen. Bei gynäkologischen Blutungen sah Verf. gute Erfolge von instrumentellen Hochheben des Uterus. Dehnung der breiten Mutterbänder, Schliessung der Gefässe.) (H. Jentter.)

82. Reich, Joh.. Über das „Halten der Gebärmutter"; Erfahrungen mit der Dubliner Methode in der Leitung der dritten Geburtsperiode. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. (Schlägt das einfache Fixieren der Gebärmutter mit der Hand als vorzügliches Mittel zur Verhütung von atonischen Blutungen in der Plazentarperiode vor und berichtet über seine günstigen Erfahrungen mit dieser Methode an der Innsbrucker Gebäranstalt.)

83. Richter, Über das Halten der Gebärmutter. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36. (Bemerkungen zu dem Artikel von Reich Nr. 82.)

84. Rieck, Diskussion zu Seeligmann (92) Geb. Ges. zu Hamburg. 26. XI. Zentralblatt f. Gyn. 1913. p. 174.

85. Rogoff. M., Über manuelle Lösung der Plazenta. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. H. 2.

86. *Rüder, Momburgsche Blutleere zur Bekämpfung der atonischen Nachgeburtsblutungen. Ärztl. Verein in Hamburg, 4. VI. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 47. p. 2242.

86a. Rulle, Nachgeburt mit 12 Nebenplazenten. Journal akusch. i shensk. bol. Dez. Sitzungsb. der geb.-gyn. Ges. zu St. Pet. (H. Jentter.)

87. Sadewasser, Plazentartumor. Demonstration. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 9. II. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. p. 648. (Fibroangiom der Plazenta an der fötalen Seite in der Nähe der Nabelschnurinsertion, von Amnion und Chorion überzogen. Mutter gesund, lebendes Kind. Der Tumor ist in der Dissertation von Jötten (47) näher beschrieben.)

88. *Schauta, F., Sollen Plazentarreste gelöst werden? Wiener klin. Wochenschrift Nr. 1.

89. Schestopal, G., Die Dauer der Austreibungsperiode und ihre Folgen für Mutter und Kind. Dissert. Basel. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 480.

90. Schmid, H. H., Zur Behandlung der atonischen Blutungen. Deutsche med. Wochenschrift Nr. 41. (Empfiehlt Injektion von Pituitrin in die Cervix- und Uterusmuskulatur.)

91. Schottelius, Diskussion zu Seeligmann (92). Geb. Ges. zu Hamburg 26. XI. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 173. (Hat mit der Wendung nach Braxton-Hicks gute Erfolge. Die intravouläre Metreuryse ist für den Ungeübten kein leichter Eingriff.)

92. *Seeligmann, Über die chirurgische Behandlung der Uterusblutungen in der Gravidität und Geburt. Geb. Ges. zu Hamburg. 26. XI. Zentralblatt f. Gyn. 1913. p. 172.

93. *Sellheim, Diskussion zu: „Die chirurgische Behandlung der Uterusblutungen etc." VI. Internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. in Berlin. 9.—13. IX. Ref. Gyn. Rundschau. p. 771.

94. *Sigwart, W., Momburgscher Schlauch oder Tourniquet? Bemerkungen zu dem Artikel von C. J. Gauss in Nr. 18 des Blattes. Zentralblatt f. Gyn. Nr. 23.
95. Skutsch, Diskussion zu Zweifel (104). Ges. f. Geb. u. Gyn. in Leipzig. 18. XI. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 579.
95a. Terzaghi, G., Metrorragia grave in sopraparto per distacco precoce di placenta normalmente inserta in donna affetta da polidramnios, morte del feto. Arte Ostetrica. Milano Anno XXVI. p. 201. (Schwere Metrorrhagie in der Nachgeburt durch vorzeitige Lösung der normal sitzenden Plazenta bei einer an Polhydramnios leidenden Frau. Tod des Fötus. (Artom di Sant' Agnese.)
96. Thiemeyer, W., Über den gegenwärtigen Stand der Leitung der Nachgeburtszeit, insbesondere das Verhalten bei Eihautretention. Inaug.-Dissert. Strassburg 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51. p. 1744. (Steht auch bei Eihautretention auf dem Standpunkt unbedingten aktiven Vorgehens.)
97. Thies, Diskussion zu Zweifel (104). Ges. f. Geb. u. Gyn. in Leipzig. 18. XI. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 579.
98. La Torre, De la priorité en général de la compression de l'aorte abdominale. VI. Internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. 9.—13. IX. Berlin; ferner Gynécologie Bd. XVI. Nr. 1. Ref. Zentralbl. Nr. 39. p. 1290 u. Nr. 40 p. 1316. (Prioritätsansprüche gegen Momburg.)
99. Vanverto, J., Diskussion zu Paucot (77). Réunion obst. et gyn. de Lille. 20. VI. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris, ère année Nr. 6. p. 649.
100. Vogeler, H., Die Therapie der Nachgeburtsblutungen in der Geschichte der Medizin. Inaug.-Dissert. Freiburg i. Br. Ref. Münchner med. Wochenschr. Nr. 49. p. 2697.
101. Waldstein, Embryo und Eihülle eines subchorialen Hämatoms. Demonstration. geb.-gyn. Ges. in Wien. 20. XI. 1911. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19. p. 613.
102. Weber, Fritz, Über die Retention von Plazentarresten und Eihäuten nach rechtzeitigen und frühzeitigen Geburten. Inaug.-Diss. Kiel.
103. *Zaharescu, N., Die vorzeitige Ablösung der normal inserierten Plazenta im Laufe der Schwangerschaft. Revista stüntelor med. April. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 85.
104. *Zweifel, P., Die vorzeitige Lösung der regelrecht sitzenden Nachgeburt (Solutio praematura placentae normaliter insertae). Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Ergänzungsheft. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 49. p. 1662. Ferner Ges. f. Geb. und Gyn. in Leipzig. 18. XI.

Die vorzeitige Lösung der normal sitzenden Plazenta ist im Berichtsjahre wiederholt zum Thema grösserer Abhandlungen gewählt werden. Vor allem ist hier die bedeutsame Abhandlung von Zweifel (104) zu nennen. Zweifel betont, dass in der Therapie wiederholte Tamponade gefährlich und zwecklos sei; vielmehr soll, wenn die erste, natürlich rite ausgeführte Tamponade durchblutet wird, die zweite Tamponade nur mehr gemacht werden, um Zeit zu gewinnen zu den Vorbereitungen zur Totalexstirpation. Unentschlossenheit nützt zu nichts als die Katastrophe hinauszuschieben. An der Hand von 6 Fällen der letzten und 16 Fällen der früheren Jahre (1901—1908) erbringt Zweifel den überzeugenden Nachweis, dass die Blutungen bei vorzeitiger Lösung der regelrecht sitzenden Nachgeburt aktiver zu behandeln seien als bisher. 3 von den 6 Pat. sind verblutet, 3 konnten nur durch Entfernung der Gebärmutter am Leben erhalten werden. Mit diesen Erfahrungen vor allem begründet Zweifel den bisher wegen vorzeitiger Lösung der normal sitzenden Nachgeburt noch nicht vorgenommenen Eingriff. Um mit der grössten Beschleunigung der Blutung Herr zu werden, empfiehlt sich der abdominale Weg.

Unter allen 22 Fällen fehlte jedes mechanische Moment zur Erklärung der vorzeitigen Lösung, auch eine Nephritis kommt nur für wenige Fälle in Betracht. Danach neigt Zweifel zu den neueren Erklärungen (namentlich Schickeles), wonach der wesentliche Grund der vorzeitigen Lösung in Ernährungsstörungen der Decidua zu suchen sei.

Die Mortalität von 51 % (aus der Literatur berechnet) oder 32 % nach den eigenen Fällen und das Herabdrücken derselben durch 3 Operationen auf 18 % beweisen am besten, wie gerechtfertigt der grosse Eingriff in solchen Fällen ist. Auch die kindliche Mortalität von etwa 90 % kommt in Betracht. Bei den 22 Fällen war 9 mal eine starke, darunter 4 mal eine tödliche Nachblutung aufgetreten. Äussere Blutung war in allen 22 Fällen vorhanden.

Die Lösung der Plazenta mit innerer Blutung verläuft unter ganz anderen Symptomen. Infolge der Ansammlung von Blutgerinnseln im Uterus tritt Schmerz und Spannungsgefühl selbst Platzen des Uterus auf mit Zeichen schwerer innerer Blutung. Differentialdiagnostisch sind Extrauterinschwangerschaft, Perityphlitis, Stieldrehung, Uterusruptur etc. in Betracht zu ziehen. Wenn man an diese Möglichkeiten nur denkt, wird man die Zeit zum Eingriff nicht versäumen.

Die Hauptgefahr kommt aber immer erst nach der Geburt, die Gefahr der atonischen Verblutung; man muss trachten, so rasch wie möglich den Muttermund zu erweitern (Ballons, Bossi, Perforation bei totem Kind, gelegentlich der vaginale Kaiserschnitt kommen in Betracht). In der Nachgeburtsperiode ist dann so zu verfahren wie oben auseinandergesetzt.

Zu demselben Thema liefert Barchet (7) einen interessanten Beitrag. Es handelt sich um 7 Fälle aus der Tübinger Klinik, wovon 6 günstig verliefen, einer an schwerer Nachblutung zugrunde ging. Die Obduktion ergab ausser der Anämie nichts. In allen beobachteten Fällen liess sich im Harn Eiweiss nachweisen, das bald nach der Geburt verschwand, und Barchet nimmt ähnlich wie Gottschalk an, dass zwischen der Nierenstörung und der vorzeitigen Lösung ein Zusammenhang bestehe. Dieselben fötalen Stoffwechselprodukte, die zur Nierenschädigung führen, dürften auch auf die Plazenta schädigend einwirken (es fanden sich ausgedehnte Nekrosen der Deciduazellen) und man hätte also die vorzeitige Lösung der Plazenta als Begleiterscheinung einer Schwangerschaftstoxikose aufzufassen.

Zaharescu (103) fand für die Häufigkeit der vorzeitigen Lösung der normal inserierten Plazenta das Verhältnis von 1 : 1706 unter einer Gesamtzahl von 40951 Geburten. Die Ursache derselben sieht Zaharescu in schlechter Adhärenz der Plazenta bei mangelhafter Ernährung, fettiger Entartung, Syphilis, Tuberkulose, Typhus, Endometritis, besonders Albuminurie. Klinisch sind der schlechte Allgemeinzustand, das abnorme Volumen und die Härte des Uterus, sowie die meist vorhandene Blutung nach aussen zu verwerten. ³/₄ der Kinder sterben, von den Müttern 30 %. Die Therapie besteht in Blasensprengung, Erweiterung des Muttermundes mit folgender Entbindung in leichten Fällen, während in schweren Fällen nur vom sofortigen Kaiserschnitt eine Rettung der Mutter erwartet werden kann.

Über die Grösse des Blutverlustes bei der Geburt hat Grödel (36) an 1000 Geburten der Heidelberger Klinik Untersuchungen angestellt. Danach beträgt der durchschnittliche normale Blutverlust 300 g. Die Dauer der Nachgeburtsperiode hat darauf keinen Einfluss, doch nimmt der Blutverlust entsprechend dem Gewicht der Plazenta und des Kindes zu. Die nicht aus Rissen stammenden Blutungen werden nach Menge als „Retentionsblutungen" und als „Blutungen infolge von Retraktionsverzögerung" getrennt. Bei 25 Retentionsblutungen beträgt durchschnittlich die Blutmenge 1136 g, von denen 692 g von der Plazenta ausgestossen wurden. Dabei ist der Duncansche Modus relativ häufig, weshalb er vielleicht als pathologisch anzusehen ist. Bei 30 Expressionen der Plazenta nach 1 ½ Stunden war der Blutverlust durchschnittlich 613 g, bei 10 manuellen Plazentarlösungen 1766 g und die Durchschnittsdauer der Nachgeburtsperiode 9 ½ Stunden. Zusammenfassend bemerkt der Verf., dass die grössten Blutverluste nicht durch operativ entbindende Eingriffe, sondern durch pathologische Nachgeburtsperiode hervorgerufen werden. Blutungen durch Retraktionsverzögerung sind weniger stark als Retentionsblutungen. Möglichst konservative Leitung der Nachgeburtsperiode gibt den geringsten Blutverlust.

Die Bekämpfung der chronischen Blutungen durch Aortenkompression behandeln mehrere Arbeiten. Adair (1) gibt an, dass nach Anlegen des Momburgschen Schlauches die Pulszahl erheblich ansteigt, aber nach einigen Minuten wieder gegen die Norm abfällt. Die Atmung ist ebenfalls beschleunigt, auch die Temperatur steigt meist an, der Blutdruck wird meist erhöht. Beim Abnehmen des Schlauches wird die Herzaktion sehr frequent, verlangsamt sich aber bald sogar unter die Norm. Ebenso sinkt der Blutdruck unter die Norm. Atmung und Temperatur werden wieder normal.

Danach ist es verständlich, dass das Momburgsche Verfahren bei nicht intaktem Herzgefässapparat kein gleichgültiger Eingriff ist. Auch Rüder (86), der es empfiehlt, hält es bei Arteriosklerose und Herzerkrankungen für kontraindiziert. Jedenfalls sollen die Beine umwickelt werden, um bei Lösung der Ligatur durch etappenweises Entfernen der verschiedenen Binden ein allmähliches Einströmen des Blutes in die untere Körperhälfte zu ermöglichen und eine unter Umständen tödliche plötzliche Überhastung des Herzens zu vermeiden. Ebenso warnt Aug. Mayer (64) vor allzu freigebiger Anwendung des Verfahrens. Vor allem muss auch die Spermatica mit komprimiert werden. Bei tiefstehender Niere kann ausserdem leicht eine Schädigung derselben zustande kommen. Canestro (15) glaubt, dass manche Todesfälle nach Momburgscher Blutleere auf Schädigung der Nebennieren zu beziehen seien. Sind die von ihm gefundenen Veränderungen auch an sich nicht so bedeutend, um Todesfälle erklären zu können, so können sie noch bei primärer Schädigung der Nebennieren für eine plötzliche tödliche Hypofunktion derselben in Betracht kommen.

Versager, wie die erwähnten Gefahren (4,9 % Todesfälle) haben Gauss (34) veranlasst, ein Aortenkompressorium zu bauen, das zwar nicht sehr handlich, aber wegen seiner sichereren Wirkung und dem Ausbleiben jeder Herz-, Nieren-, Blasen-, Darmschädigung (Erfahrungen an über 100 Fällen) dem Momburgschen Schlauch vorzuziehen sei, zumal es auch bei herzkranken oder sonst dekrepiden Frauen angewendet werden kann. Demgegenüber verteidigt Sigwart (94) den handlichen Momburgschen Schlauch, dessen Wirkung bei gehörigem Anziehen doch viel besser sei als Gauss annimmt. Sigwart findet unter 167 Fällen nur 20 Versager und 3 Todesfälle (gegenüber 37 und 7 unter 141 Fällen nach Gauss) und betont, dass man bald gelernt habe, durch die Einwickelung der Beine und vorsichtige schrittweise Lösung der Binden die Gefahren der Schlauchanwendung zu vermeiden.

Davis (21, 22) hat neben dem Momburgschen Schlauch oft auch die manuelle Kompression der Aorta von den Bauchdecken aus oder durch die Wand des leeren Uterus mit Erfolg angewendet.

Reiche Bearbeitung hat im Berichtsjahre das Kapitel der chirurgischen Behandlung der Uterusblutungen einschliesslich der postportalen Hämorrhagie erfahren, das auf dem Internationalen 6. Kongress in Berlin zur Behandlung kam.

Jung (50) rät, bei vorzeitiger Lösung der normal sitzenden Plazenta schleunigst zu entbinden, und zwar bei mangelhafter Eröffnung durch die Hysterotomie oder irgend eine Form des abdominalen Kaiserschnitts. Blutende Cervixrisse sind zu vernähen, die Uterusruptur unter allen Umständen chirurgisch zu behandeln, die Tamponade nur als Notbehelf anzusehen. Die Atonie kann in den allermeisten Fällen durch kontraktionserregende Mittel, im Notfalle durch Tamponade beherrscht werden; bei Versagen dieser Massnahmen ist schleunige Uterusexstirpation geboten; dasselbe gilt bei Inversio uteri, wenn die Reposition nicht gelingt.

Couvelaire (19), der andere Referent auf dem Kongress, empfiehlt ganz allgemein ein chirurgisches Vorgehen nur dann, wenn die gewöhnlichen Massnahmen versagen. Nur bei manchen Atonien nach Kaiserschnitt und manchen sturzartigen Blutungen bei vorzeitiger Lösung der normal sitzenden Plazenta kann von vornherein ein chirurgisches Eingreifen (Hysterektomie) geboten sein.

Sellheim (93) unterscheidet kontraktionsanregende und thromboseanregende Verfahren; in letzterer Richtung wirkt vor allem die Tamponade, in ersterer wird bei Versagen der gewöhnlichen Massnahmen die bimanuelle Kompression des Uterus angewendet. Der Momburgsche Schlauch gilt ebenso wie die Totalexstirpation als ultimum refugium. Auch Seeligmann (92) erklärt chirurgische Verfahren als ultimo ratio.

Paucot (77) hält bei vorzeitiger Lösung der normal sitzenden Plazenta die abdominale Sectio für durchaus gerechtfertigt, zumal sie wegen ihrer einfachen Technik die beste Chance gibt, auch das Kind noch zu retten und die Blutung zu beherrschen.

Kehrer (54) hat für schwere Fälle von Atonie ein Operationsverfahren ersonnen, das wegen seiner Einfachheit und Schnelligkeit ihm geeignet erscheint, oft noch im letzten Moment wirksame Hilfe zu bringen. Medianer Längsschnitt, Vorholen des Uterus. Nun „wird ein doppelter dicker Seidenfaden erst auf der einen, dann auf der anderen Seite, von unten nach oben durch Faszie — Peritoneum parietale nahe dem unteren Wundwinkel — oberste Cervixwand — Peritoneum parietale und Faszie im oberen Teil der Bauchwunde durchgelegt. Bei der Knotung dieses Doppelfadens werden die Ligg. rot., die Uteringefässe, die seitliche Partie der Cervix und die .... spermatikalen Gefässbündel gefasst". Durch einen oben und unten durchgelegten Faden kann noch die Cervix fixiert werden, dann wird das Korpus abgetragen, die Wunde geschlossen.

Labhardt (56) empfiehlt im Anschluss an Kehrer sein schon früher (Zeitschr. Bd. 66, Münchener med. Wochenschr. 1909 Nr. 24) angegebenes Verfahren und publiziert im Anschluss daran die 4 bisher mit der Methode behandelten Fälle, von denen 1 gerettet werden konnte. Als Ursache der schweren Atonie hat Labhardt (57) vielfach abnormen Bindegewebsreichtum des Uterus auf Kosten der Muskulatur gefunden.

Auch die Frage, wie man bei Eihaut- und Plazentarretention sich verhalten soll, hat wieder mehrere Autoren beschäftigt. Schauta (83) gibt folgende Vorschriften. Plazentarreste sollen gelöst werden: 1. bei Fehlen von Fieber unter allen Umständen, 2. bei Fieber nur dann, wenn der Prozess auf das Endometrium oder den Uterus beschränkt ist und die Parametrien, die Adnexe und das Beckenbindegewebe vollständig frei sind; 3. trotz Erkrankung dieser Teile bei vitaler Indikation wegen Blutung. Grösste Vorsicht, vorhergehende und nachgeschickte Spülung mit Alkohol wird empfohlen. Die Indikation und Prognose geburtshilflicher Eingriffe von bakteriologischen Untersuchungen abhängig zu machen, hält Schauta derzeit für untunlich. Denn „bei den verschiedensten Arten von Kokken sehen wir bald schwere, bald leichte Prozesse entstehen oder wir beobachten auch glatten Verlauf. Das gilt auch von den hämolytischen Streptokokken."

Auch v. Franqué (31) empfiehlt trotz Fiebers wie überhaupt allgemein bei Plazentarresten die sofortige Entfernung, sobald die Diagnose gestellt ist. Bei Eihautretention ist die Ausräumung dagegen nur bei bestehendem hohen Fieber notwendig. Der Beweis, dass durch diese Eingriffe die Prognose der durch die retinierten Teile hervorgerufenen Erkrankung wesentlich verschlechtert wird, erscheint v. Franqué noch nicht erbracht.

Eine gemässigt aktive Therapie vertritt Dehnicke (23). Bei Eihautretention wird durch heisse Scheidenspülungen und Secalepräparate eine raschere Ausstossung erstrebt, Uterusspülungen sollen nur in den Fällen vorgenommen werden, in denen eine Endometritis oder eine Lochiometra besteht, wobei aber jedes Anhaken und jede Dislokation des Uterus zu vermeiden ist. In hartnäckigen Fällen von Lochiometra empfiehlt sich die Glasrohr-Drainage. — Die Verhaltung von Plazentarresten hält Verf. für die Entstehung von Puerperalfieber an sich für bedeutungslos. Sicher diagnostizierte Reste sollen sofort entfernt werden, solange sie noch keine

Erscheinungen gemacht haben. Später nur, wenn schwere Blutung dazu zwingt — aus den bekannten Gründen der Gefahr einer Propagierung des Infektionsprozesses.

Broadhead (13) rühmt die extraovuläre Metreuryse als Verfahren zur Einleitung der Frühgeburt, besonders auch bei Blutungen infolge von vorzeitiger Lösung oder falschem Sitz der Plazenta.

Baldowsky (5) kommt zu dem Schluss, dass die kleinen Plazentarzysten aus decidualen Septen, die grösseren teils durch Zusammenfliessen kleinerer Zysten, teils durch Verflüssigung weisser Infarkte entstehen. Der weisse Infarkt selbst stellt nichts anderes als eine fibrinöse Degeneration der Decidua dar.

Für die Placenta marginata charakteristisch ist nach Rob. Meyer (67) vor allem das Aufhören der oberflächlich sichtbaren chorialen Gefässe am inneren Umfang des Margo, wodurch sich diese Form von allen anderen Plazentarformen unterscheidet. Die Gefässe setzen sich in den Margo unter der Oberfläche unsichtbar fort; dies erklärt sich aus der extrachorialen Plazentarausbreitung, die in den mittleren Schichten des umgebenden Decidualgewebes beginnt, wie ein Frühfall von Placenta marginata, den Rob. Meyer beobachtete, gezeigt hat. Die übrigen Eigentümlichkeiten der Placenta marginata sind weniger belangreich und zuverlässig.

Ein sehr interessanter Fall von Kentor (53) sei hier noch erwähnt; interessant besonders durch die Resistenz gegen jede Therapie, bis durch arteriovenöse Transfusion (als Blutspender fungierte der Ehemann) von 20 Minuten Dauer sofortige Heilung eintrat. Es handelte sich um eine 27jährige, bis dahin vollständig gesunde, in keiner Weise belastete Primigravida mit starkem Schwangerschaftserbrechen, das im 3. Monat der Gravidität völlig unstillbar wurde, mit bedrohlicher Kräftekonsumption einherging und durch eine Art hämorrhagischer Diathese kompliziert war. Bei der Entleerung des Uterus kam es zu einer unstillbaren atonischen Blutung, die nur durch die ateriovenöse Transfusion gestillt wurde.

C. Eklampsie.

Referent: Professor Dr. A. Mayer.

1. *Abderhalden, Diagnose der Schwangerschaft mit Hilfe der optischen Methode etc. Münch. med. Wochenschr. Nr. 24.
2. *Alexander, Über den Aderlass bei der Behandlung der Eklampsie. Ges. f. Geb. u. Gyn. Leipzig, 17. Juni. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51. p. 1733.
3. Antecki, Erfolgreiche Pituitrininjektionen bei Eklampsie in einem Falle. Gyn. Sitzg. d. Warschauer Ärztl. Ges. am 26. Januar. Przeglad chirurg. i gin. Bd. VI. H. 3. p. 368. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
4. — und Zakrzewski, Z., Über den Einfluss des Pituitrins auf den Verlauf der Eklampsie. Medycyna i Kronika Lekarska. Nr. 15. (33jährige I para mit schwerer Eklampsie eingebracht früh um 5 Uhr in das Asyl. Bis jetzt waren 4 Anfälle dagewesen. Keinerlei Ödeme vorhanden. Bewusstlosigkeit ohne Fieber bei Puls von 160. Im Harn weder Blut noch Eiweiss oder Nierenelemente. Erste Schädellage schwache Wehen alle Viertelstunden. Schädel über dem Beckeneingange beweglich. Äusserer Muttermund fingerdurchgängig, Blase steht. Bald nach Ankunft in der Klinik 5. sehr schwerer Anfall, dauerte eine Minute. Im Asyl erfolgten 6 Anfälle. Um 2 Uhr 15 Minuten Injektion von 0,01 Pituitrin [Burroughs Wellcome and Comp.] in das Gesäss. Nach 5 Minuten starke Uteruskontraktion von anderthalb Minuten Dauer. Dabei ging unerwartet der Puls von 160 auf 76 herunter, die folgenden Wehen kamen alle 3—4 Minuten. Nach 3 Stunden flauten die Wehen wieder ab, Befund unverändert, aber kein neuer Eklampsieanfall mehr. Es wurde also beschlossen abzuwarten und nach 29 Stunden kam die Frau spontan nieder ohne das Bewusstsein wiedererlangt zu haben. Aber 6 Stunden post partum, 35 Stunden

nach der Pituitrininjektion neuer Anfall, nach 13 Stunden ein weiterer noch stärker, dann noch 5 Anfälle mit ein- bis anderthalbstündigen Pausen. Es wurde jetzt wieder 0,01 injiziert, eine halbe Minute darauf noch ein schwacher Anfall und keine weiteren mehr. Am nächsten Tage erwachte das Bewusstsein etwas und am 5. Tage war es normal. Auch bei der zweiten Injektion ging der Puls von 130 auf 76 herab. Genesen entlassen am 12. Tage. Die Verff. teilen ihre Beobachtung mit, um andere Fachgenossen zu gleichen Versuchen anzuregen. Vielleicht wirft diese Frage ein neues Licht auf die Entstehungsursachen der Eklampsie.) (Polnisch.)

(v. Neugebauer.)

5. *Aschheim, Zur Therapie der Eklampsie. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin, 9.—23. Februar. Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 71. p. 682.
6. *— Diskussion zu Ohlshausen. cf. N. 180. Ges. f. Geb. u. Gyn. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47. p. 1585.
7. *Backhaus, Über den Aderlass bei der Behandlung der Eklampsie. Ges. f. Geb. u. Gyn. Leipzig, 17. Juni. Ref. Zentralbl. f. Gyn .Nr. 51. p. 1732.
8. *Bailey, Harold, Shock bei Eklampsie. Am. Journ. of Obst. and dis. of women etc. August 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5. p. 151.
9. *— The blood Pressure Index in Eklampsia Surg. Gyn. and Obst. November 1911. Ref. Journ. of Obst. and Gyn. of the British. Emp. Bd. 21. p. 50.
10. *Ballantyne, Diskussion über die Ätiologie der Eklampsie. Brit. med. Journ. Oktober. p. 1122, 1125 u. 1130, Münchn. med. Wochenschr. Nr. 40. p. 2201 u. Lancet August. p. 457.
11. *Balser, Eduard, Über die bisherigen Erfahrungen mit Nierendekapsulation bei Eklampsie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 318. Ref. Schmidts Jahrb. Bd. 316. p. 524, Gyn. Rundschau. p. 548 u. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 556.
12. *Bar und Commandeur, Über die Pathogenese und Behandlung der puerperalen Eklampsie. L'Obstétrique 1911 Nr. 11 u. Nr. 12. Ref. Gyn. Rundschau p. 244 und 433 und Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24. p. 773.
13. *Bataski, De la ponction lombaire comme moyen curatif de l'éclampsie puerperale. Annales de Gynéc. et d'obst. Jan. 1912. S. 37.
14. *Bauereisen, Ist die Eklampsie eine Immunitätsreaktion? Zeitschr. f. Geb. und Gyn. Bd. 71. p. 82. Ref. Zentralbl. f. Geb. Nr. 42. p. 1401.
15. *— Diskussion zu Zoeppritz (cf. Nr. 275). Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 490.
16. *Baumm, Die Eklampsiebehandlung. Gyn. Ges. in Breslau. Festsitzung am 26. Okt. Bericht Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. H. 2. p. 249.
17. *Beckmann, W., Über vaginalen Kaiserschnitt bei Eklampsie. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 168. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13. p. 407. Gyn. Rundschau Nr. 12. p. 471.
18. *— Vaginaler Kaiserschnitt bei Eklampsie. Journal akusch. i. shensk. boles. Mai-Juni.
19. *Bellingham-Smith, Die Behandlung der Eklampsie. Practitioner. September. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 1524.
20. *Benthin, W., Der Blutzuckergehalt in der Schwangerschaft, der Geburt, im Wochenbett und bei Eklampsie. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 71. p. 544. Ref. Zentralblatt f. Gyn. Nr. 44. p. 1472.
20a. *— Diskussion zu Schickele, Schwangerschaftsleber (cf. Nr. 214). Verhandl. des VI. Internat. Gyn.-Kongr. Berlin. p. 718.
21. *Bergsma, Der Zuckerstoffwechsel in Schwangerschaft und im Wochenbett. Beitrag zur Frage der Schwangerschaftsleber. Zeitschrift f. Geb. und Gyn. Bd. 72. p. 105.
22. Bickenbach, Eklampsie ohne Krämpfe. Zentralbl. f. Gyn. 1911. Nr. 47.
23. *Blackmore, F. J. E., Multiple Schwangerschaft mit Krämpfen während der Geburt. Brit. med. Journ. 1911. 25. März. Ref. Zentralblatt f. Gyn. Nr. 5. p. 153.
24. *Bogdanow, IV. Kongress russ. Gynäkologen in Petersburg. Dez. 1911. Bericht Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Febr.
25. *Boissard, Diskussion zu Rouvier (cf. Nr. 223). Die Behandlung der Eclampsia puerperalis. Pariser geburtshilfl. Ges. 16. März 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 7. p. 208 u. 209.

26. Bolaffio, M., Le odierne conoscenze intorno alla patogenesi dell eclamsia puerperale. Die heutige Kenntnis über die Pathogenese der Eklampsie im Wochenbett. Revista Ospedaliera. Roma p. 23. (Artom di Sant' Agnese.)
27. *Bovis, D. v. R., Nierendekapsulation bei Eklampsie. Sém. médic. Nr. 1. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 5. p. 238.
28.* — R., Über die Behandlung der puerperalen Eklampsie mit Trepanation. Gedanken über eine neue Theorie dieser Erkrankung. Lacemaine Medical Nr. 12. Ref. Zentralbl. f. d. gesamte Gyn. und Geb. sowie der Grenzgebiete. 1913. Nr. 7. p. 279.
30. Bröse, Diskussion zu v. Olshausen (cf. Nr. 180). Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 27. September 1911. Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. p. 343.
31. *Buck, Jul. A. E., Die Eklampsie in Baden unter spezieller Berücksichtigung der meteorologischen Verhältnisse. Inaug.-Diss. Freiburg 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 1520.
32. Burnier. S., Der Kaiserschnitt. Inaug,-Diss. Lausanne. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39. p. 1288.
33. *Byers, John, Diskussion zu Ballantyne (cf. Nr. 10). Brit. med. Journ. p. 1128.
34. *Calmann, Diskussion zu Zoeppritz (cf. Nr. 225). Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 492.
35. Cammaert, Ein Fall von Eklampsie in der Schwangerschaft mit spontaner Austreibung der Frucht. Nederl. Tijdschr. voor Geneeskunde 1910. Nr. 23. Ref. Gyn. Rundschau p. 315.
36. *— Über das Vorkommen von Schmerzen und Zucken während der Schwangerschaft und deren Bedeutung für die Diagnose der Eklampsie. Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. p. 760. Gyn. Rundschau p. 315.
37. *Carr, Diskussion zu Moran (cf. Nr. 171). The Americ. Journ. of Obst. p. 827 und 828.
38. Cavagnis, Eklampsie in ihrer Beziehung zu den Witterungsverhältnissen. Annali di Ost e Gin. No. 6. Ref. Gyn. Rundschau p. 928.
39. *Chambrelent, Ein Fall von Eklampsie in der 22. Graviditätswoche. Pariser geburtshilfliche Ges. 16. März 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 7. p. 208.
40. *Chiaje, Delle, Über den Wert der medikamentösen Behandlung und der Raschentbindung nach der Methode Bossi bei Eklampsie. Bull. de la Soc. d'obst. et de Gyn. de Paris Nr. 2. p. 74.
41. *Chipmann, Diskussion zu Ballantyne (cf. Nr. 10). Brit. med. Journal p. 1129.
42. *— W. W., Über die Eklampsie. Jahresvers. d. Brit. Med. Assoc. Juli. Bericht: Münch. med. Wochenschr. Nr. 40.
43. Cholmogorow, Eklampsie ohne Krämpfe. Russki Wratsch. Nr. 11. Konferenz der Gebäranstalt zu Moskau. (H. Jentter.)
44. *Croom, Halliday, Pseudoeklampsie. Edinburgh Obst. Soc. Ref. The Brit. med. Journ. p. 1709.
45. — Über das Vorkommen der Eklampsie in Edinburghs Royal Maternity Hospital. Ref. the Lancet. März. p. 581 und Brit. med. Journ. 24. Febr. p. 428.
47. *Daunay, Wassermannsche Reaktion bei Eklampsie. Pariser geburtshilfl. Ges. 16. März 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 7. p. 209.
48. *Davis, Eduard P., 37. Jahresvers. d. Amerik. gyn. Ges. vom Mai. Bericht: Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5. p. 176. 1913,
49. *Davis, Effa V., Toxemia and Eclampsia in the New-Born-Babe. Journ. of the Americ. med. Assoc. 1. April.
50. *Dienst, A., Weitere Mitteilungen über Blutveränderungen bei der Eklampsie und Schwangerschaftsniere im Gegensatz zur normalen Schwangerschaft und über Massregeln, die sich daraus für die Therapie ergeben. Archiv f. Gyn. Bd. 99. H. 1. p. 24.
51. *— Experimentelle Studien über die ätiologische Bedeutung des Fibrinfermentes und Fibrinogens für die Schwangerschaftsniere und Eklampsie. Archiv f. Gyn. Bd. 96. p. 43. Ref. Schmidts J.-B. Bd. 315. p. 99 und Gyn. Rundschau. p. 510 und Ges. f. Geb. u. Gyn. Leipzig. 19. Juni 1911. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21. p. 670.
52. *Dietel, Behandlung der Eklampsie nach Stroganoff. Zwickauer med. Ges.

Sitzung vom 7. Mai. Offiz. Protokoll. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 45. p. 2145.

53. Dietrich, H. A., Studien über Blutveränderungen bei Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen. Inaug.-Diss. Göttingen 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 10. p. 318.

54. — Studien über Blutveränderungen bei Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen. Archiv f. Gyn. Bd. 94. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 7. p. 216.

55. Dobrowolski, Die operative Erweiterung des Mutterhalses bei Eklampsie. Przeglad Lekarski 1912. Nr. 16. p. 299. (Dobrowolski bespricht die verschiedenen Methoden, Metreurynter, Bossi und das Messer und gibt dem letzten den Vorzug.) (Polnisch.) (v. Neugebauer.)

56. Dörr, R., Über Anaphylaxie. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 9. p. 331.

57. *Doi, M., Blutuntersuchungen bei Schwangeren, Kreissenden und Wöchnerinnen mit besonderer Berücksichtigung der Ätiologie der Schwangerschaftsniere und Eklampsie. Archiv f. Gyn. Bd. 98. p. 136. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 1581.

58. *Douglas, Diskussion zu Ballantyne (cf. Nr. 10). Brit. med. Journ. p. 1128. Münch. med. Wochenschr. Nr. 40.

59. *Drennan, Eklampsie und Stillgeschäft. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of women and Children. Aug. 1911. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5. p. 151.

60. Drummond, Maxwell, Ein Fall von Eklampsie erfolgreich mit Kaiserschnitt behandelt. Brit. med. Journ. 30. November. p. 1549 und Lancet Nr. 23. p. 1437.

61. Ehrenfest, Renaldekapsulation in Eklampsia. Surg., Gyn. and Obst. Nr. 3. Ref. Gyn. Rundschau. p. 53.

62. Engelmann, Zur Behandlung der Eklampsie auf Grund von über 100 selbst beobachteten Fällen. Med. Klinik 1911. Nr. 51. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5. p. 150 und Gyn. Rundschau. p. 244.

63. *— Zur Eklampsiefrage. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 1489.

64. *— und Ebener, Über das Verhalten der Blutgerinnung bei Eklampsie. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 206.

65. *Esch, Über Harn- und Serumtoxidität bei Eklampsie. Münchn. med. Wochenschrift Nr. 9. Ref. Gyn. Rundschau. p. 510.

66. *— Untersuchung über das Verhalten der Harngiftigkeit in der Schwangerschaft, unter der Geburt, im Wochenbett, unter Berücksichtigung der Eklampsie. Archiv. Bd. 98. p. 347.

67. *Eylenburg, Zur Eklampsiebehandlung. Gyn. Ges. in Breslau. Festsitzung am 26. Oktober. Bericht: Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. H. 2. p. 246.

68. *Felländer, J., Experimentelle Studien über die Ätiologie der Eklampsie. Hygiea Nr. 2 u. 3. Ref. Gyn. Rundschau. p. 659 u. 692. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 460.

69. Ferroni, E., Assistenza alla donna eclamptica (conferenza). Pflege der eklamptischen Frau (Vortrag). Arte Ostetrica. Milano Anno XXVI. p. 129. (Artom di Sant' Agnese).

71. *Ferguson, C. E., Indianopolis, 3 Fälle von Schwangerschaft und Eklampsie mit konservativer Therapie. Amer. Journ. of Obst. and Children. etc. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38. p. 1257. Archiv Bd. 65. p. 437 und Gyn. Rundschau. p. 634.

72. *Florence, Willy, Über einen Fall von Hydrocephalus, der mit Eklampsie, Fibroiden und einem Kontraktionsring kompliziert war. Brit. med. Journ. 28. Dez. p. 1750 u. Lancet Dez. 28. p. 1777.

73. *Forssner, Hj., Über Behandlung von Eklampsie mit besonderer Rücksicht der Stroganoffschen Methode. Allm. svenska Läkaretidningen. Nr. 42.

74. Frankl, O., und J. Richter, Über Cobralyse der Eklampsie. Gyn. Rundschau. 1911. Nr. 7. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25. p. 831.

75. *Franz, R., Über das Verhalten der Harntoxizität in der Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett. Archiv Bd. 96. p. 256.

76. *— Über die Bedeutung der Eiweisszerfallstoxikosen bei der Geburt und Eklampsie. Münch. med. Wochenschr. p. 1702. Ref. Schmidts J.-B. Bd. 317. H. 3. p. 282.

77. *— Die Eklampsie als Plazentareiweissabbauvergiftung. Mitteilung der Ärzte in Steiermark. Graz. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 43. p. 2044.

78. *Freund, R., Über Eklampsie und ihre Behandlung auf Grund von 551 Fällen. Archiv f. Gyn. Bd. 97. p. 390. Ref. Schmidts J.-B. Bd. 317. H. 2. p. 169 u. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38. p. 1250.
79. *— Schwere Graviditätstoxikosen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 37. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 1521.
80. — Nachtrag zu meiner Arbeit über Eklampsie und ihre Behandlung. Archiv f. Gyn. Bd. 98. p. 413.
81. — Zur Eklampsiefrage. Verhandl. des VI. Internat. Gynäk.-Kongresses Berlin. September. Bd. 6. p. 653. Ref. Gyn. Rundschau p. 802 u. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. p. 1320.
82. *— Diskussion zu Stroganoff (cf. Nr. 236). Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin 23. Juni 14. Juli 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. p. 434 und Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. p. 292.
83. — Diskussion zu Olshausen (cf. Nr. 180). Zur Therapie der Eklampsie. Ges. f. Geb. u. Gyn. 23. Februar. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47. p. 1585 und Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 71. p. 680.
84. Gaifami, Untersuchungen über die peptolytischen Fermente des Kolostrums. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 609.
85. Gambarow. G. G., Über die Wirkung des Eierstocksextraktes. VI. Kongress russischer Gyn. u. Geb. Petersburg 16. bis 18. Dez. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13. p. 402.
86. *Gammeltoft, Diskussion zu Schickele (cf. Nr. 214). Schwangerschaftsleber. Verhandl. d. VI. Internat. Gyn.-Kongr. Berlin. p. 718.
87. *Gilles und Dusning, Eklampsie bei einer Patientin mit zystisch degenerierter Niere, Einfluss von Luftinjektion in die Brust. Revue mens. de Gyn., d'Obst. et de péd. VII. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25. p. 830.
88. Gottlieb, Über Eklampsie. Medizinsk. Obosr. Nr. 20. (Nach Ansicht des Verf. ist die Eklampsie das Resultat einer Vergiftung mit Toxinen, welche durch anormale Funktion der Eierstöcke oder durch Erkrankung derselben entstehen. Der Behandlung legt er folgendes Prinzip zugrunde; bei Eklampsie während der Geburt sofortige Entbindung, bei puerperaler Eklampsie — systematische Behandlung nach Stroganow.) (H. Jentter.)
89. *Gottschalk, S., Beitrag zur Lehre von der puerperalen Eklampsie ohne Krämpfe. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 37. p. 1768. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 1521.
90. Gräfenberg, E., und Thies, Über die Wirkung des arteigenen Serums auf normale und trächtige Meerschweinchen und über die Toxizität des Serums im Puerperium. Zeitschr. f. Immunitätsforschung und experim. Therapie. Bd. 9. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 7. p. 220.
91. *Griffith, Diskussion zu Balantyne (cf. Nr. 10). Brit. med. Journ. 1'29.
92. Grillo, Übergang von Substanzen durch den Mutterkuchen vom Fötus zur Mutter. Verhandl. des VI. Internat. Gyn. Kongr. zu Berlin. Zur Eklampsiefrage. Ref. Gyn. Rundschau. p. 799.
93. Groat, A. William, Einige Beobachtungen am Harn in der Schwangerschaft. Americ. Journ. of obst. and dis. of women and children. Dezember 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 18. p. 591.
94. *Grube und Reifferscheid, Experimentelle Untersuchungen zur Frage der Schwangerschaftstoxämie. Med. Klinik. Nr. 14.
95. Hahl, C., Eklampsie, vaginaler Kaiserschnitt, Finska läkarska Hand. April bis Mai. Ref. Gyn. Rundschau. p. 715.
96. *Hall, Walker, Diskussion zu Ballantyne (cf. Nr. 10). Brit. med. Journ. p. 1128.
97. Hannes, Zur Eklampsiebehandlung. Gyn. Ges. in Breslau. Festsitzung am 26. Oktober. Bericht: Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. H. 2. p. 250.
98. *Harrar, J. A., Die Brustdrüsen und die Eklampsie. Bericht über einen durch Sauerstoffinfiltration behandelten Fall. Bull. of the Lying-in Hospital. Vol. VIII. Nr. 4. Nov. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 9. p. 324.
99. *Harrison, 37. Jahresvers. d. Amerik. gyn. Ges. vom Mai. Bericht. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5. p. 176. 1913.
99a. Hauch, E., I Anledning af Chr. de sine Lichts Artikel om Behandling af Eklampsi med Luftinjection i Mamma. Ugeskrift for Laeger. Nr. 36. p. 1276—78. (Veranlasst durch den Artikel des Herrn de Fine Licht über Behandlung der Eklampsie mit Luftinjektion in Mamma.) Ugeskrift for Laeger Nr. 36. p. 1276—1278. (O. Horn.)

100. *Haultain, Diskussion zu Ballantyne (cf. Nr. 10). Brit. med. Journ. p. 1128 u. Münch. med. Wochenschr. Nr. 40.
101. *Heard, R. Major, Diskussion zu Ballantyne (cf. Nr. 10). Brit. med. Journ. p. 1130.
102. *Heinrichsdorf, P., Die anatomischen Veränderungen der Leber in der Schwangerschaft. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. p. 620.
103. *—Eklampsieleber unter dem Bild der Muskatnussleber beim Fehlen aller klinischen Symptome. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 4. p. 105. Ref. Gyn. Rundschau. p. 433.
104. Heynemann, Zur Frage der Leberinsuffizienz und des Kreatininstoffwechsels während der Schwangerschaft und bei den Schwangerschaftstoxikosen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 71. p. 110.
105. *— Diskussion zu Dienst (cf. Nr. 51). Ref. Zentralblatt f. Gyn. Nr. 21. p. 679.
106. *Hirst, Cooke, Die Behandlung der Eklampsie. Americ. Journ. of Obst. Sept. 1910. Ref. Gyn. Rundschau. p. 354.
107. *Hofbauer, Diskussion zu R. Freund (cf. Nr. 82). Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. p. 749 und Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. p. 686.
108. *Hollaender, J., Die neueren Fortschritte der Geburtshilfe. Budapesti Orvosi Ujsag Szuel es Kögyógyàs 1911. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35. p. 1161.
109. Holländer, Jenö, Ismételt eklampsia unát végzett ismételt vaginalis császármetszés. Gyógyászat Nr. 40. (Bericht über 2 Schwangerschaften einer Frau. Beidemal trat im 6. Schwangerschaftsmonate Eklampsie auf, welche beidemal mittelst vaginalem Kaiserschnitt geheilt wurde.) (Temesváry.)
110. *Holste, C., Zur Stroganoffschen Eklampsiebehandlung. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 523. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52. p. 1768.
111. *Hopkins, Gardner, Experimentalstudie über die Vergiftung mit Chloralhydrat mit Berücksichtigung ihrer Wirkung auf Leber und Niere. Americ. Journ. of Obst. and Children. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38. p. 1258.
112. *Hotaling, Albert, Die Harnanalyse als diagnostisches Hilfsmittel bei Graviditätstoxikosen. Americ. Journ. of Obst. and Children. Dez. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 18. p. 590.
113. Huzarski, Vortrag über Eklampsie, deren Genese und die neueren Behandlungsmethoden. Ref. Gyn. Rundschau. p. 908.
114. Jardine, Robert, Delayed and complicated labor. Ref. in the Americ. Journ. of Obst. Bd. 65. p. 662.
115. Jarzew, Über die Pathogenese der Eklampsie. Zentralbl. f. Gyn. 1911. Nr. 49. Ref. Gyn. Rundschau. p. 243.
116. Jordan, Rose, Ein Fall von puerperaler Eklampsie mit anfänglicher Amaurose. Heilung. Brit. med. Journ. 30. Nov. p. 1548.
117. *Illstein, R., Therapie der Eklampsie in der Genfer Frauenklinik von 1882—1909. Inaug.-Diss. Genf. 1910. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 1523 u. Gyn. Helvetica XII. p. 153. Frühlingsausgabe.
118. *Johnstone, R. W., Eine Experimentalstudie über die anaphylaktische Theorie der Schwangerschaftstoxämie. Transact of the Edinburgh. Obstetr Soc. Journ. of Obst. and Gyn. Nr. 2. Februar 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5. p. 152 u. Nr. 23. p. 759.
119. Kars, M., 5 Fälle von Eklampsie. Medicinsk. Revue Bergen 1911. p. 5. Ref. Zentralblatt f. Gyn. Nr. 25. p. 831.
120. *Kallmann, Sitzung der Nordwestdeutsch. Ges. f. Gyn. 11. Nov. 1911. Originalbericht: Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. April 1912.
121. *Kapferer, Richard, Über die prophylaktische Therapie der Eklampsie nach Stroganoff. Inaug.-Diss. Freiburg 1911. Ref. Wiener klin. Rundschau Nr. 2—6 und Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25. p. 832 und Nr. 45. p. 1523.
122. Katzenbogen, G., Über die prognostische und diagnostische Bedeutung der Antitrypsinbestimmung im Blutserum. Inaug.-Diss. Strassburg 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 7. p. 220.
123. Katzenstein, Die Eklampsiefälle der Kieler Frauenklinik. Inaug.-Diss. Kiel 1911. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 88.
124. *Keller, Diskussion zu Stroganoff (cf. Nr. 236). Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. 23. Juni 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. p. 434.

125. *Keller, Diskussion zu Olshausen (cf. Nr. 180). Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. 23 . Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47. p. 1584.
126. *Kermauner, Eklampsiefragen. Wiener med. Wochenschr. Nr. 23. p. 1538.
127. *Kerr, Munro, Diskussion zu Ballantyne (cf. Nr. 10). Brit. med. Journ. p. 1129. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 40.
128. Kirkley, 37. Jahresvers. d. Amerik. gyn. Ges. vom Mai. Bericht: Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5. p. 176. 1913.
129. *Kiutsi, Miki, Das Syncytiopräzipitin. Untersuchungen über das Eklampsiegift. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. p. 575. H. 3.
130. *Knierim, Diskussionsbemerkung in der Sitzung der med. Gesellsch. zu Leipzig vom 30. April. Bericht: Münchn. med. Wochenschr. Nr. 12. p. 1578.
131. *Kosmak, Vaginaler Kaiserschnitt, besonders bei Eklampsie. Bull. of the Lying in Hosp. of the City of New York. Ref. Gyn. Rundschau. p. 926 und Schmidts J.-B. Bd. 316. p. 525 und Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 1524 und Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39. p. 1289.
132. — 4 Fälle von Eklampsie. Americ. Journ. of Obst. März 1911. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 565 u. 583.
133. *Krakauer, Pituglandol bei Eklampsie. Berliner klin. Wochenschr. Nr. 49. p. 2317.
134. Krasser, K., Eklampsie. Wiener klin. Rundschau. Nr. 9.
135. *Kuhlenkampf, Diskussionsbemerkung. Zwickauer med. Ges. Sitzung vom 7. Mai. Offiz. Protok. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 9. p. 331.
136. *Ladinski, Louis, und Seff, Eklampsie als Komplikation der Geburt eines Monstrums. Americ. Journ. of Obst. and Children. Bd. 66. p. 48. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 1522 und Journ. of obst. and Americ. Assoc. 10. Aug. p. 482.
137. *Laffont, M., Bericht über 55 Fälle von Eklampsie. Bull. de la Soc. d'obst. et de Gyn. de Paris. April. Nr. 4. p. 378.
137a. *Lamers, Die Bedeutung der Hysterotomia vaginalis anterior etc. Prakt. Ergebnisse der Geb. u. Gyn. Bd. 5. p. 146.
138. Lamsbach, M., Die Abhängigkeit der eklamptischen Krämpfe vom Fruchttod. Inaug.-Diss. Leipzig. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37. p. 2020.
139. Lehmann, Indikation zur Dekapsulation der Niere. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 4. Ref. Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 5. p. 237.
140. *Lemaire, Zwillingsschwangerschaft, 5tägige Anurie, künstlicher Abort, Eklampsie. Pariser geburtshilfl. Ges. 27. April 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 7. p. 209.
141. *Lepage, Über die Zukunftsprognose der Albuminurie bei schwangeren Frauen. VI. Internat. Gyn.-Kongress Berlin. Ref. Gyn. Rundschau. p. 799.
142. *Lichtenstein, Geschichte der Eklampsiestatistik. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19. p. 593. Ref. Schmidts J.-B. Bd. 315. p. 206.
143. Licht, Chr., de Fine, Behandling af Eklampsi med Luftinjection i Mammee. (Behandlung der Eklampsie mit Luftinjektion in die Mammae.) Ugeskrift for Laeger. Nr. 29. p. 1047—1051. (O. Horn.)
144. Lichosetzer, Die Eklampsie und deren Behandlung nach dem Material des städtischen Geburtshauses und der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik zu Odessa. Therapeutisch. Obosr. 1. Februar. (65 Fälle auf 12535 Geburten. Bei feuchter regnerischer Witterung steigt die Zahl der Eklampsiefälle. 65 % betrafen Erstgebärende. In 53,8 % handelte es sich um Frauen im Alter von 20—25 Jahren. Zwillinge waren in 7,7 %. Zweimal war die Eklampsie ohne Albuminurie, einmal ohne Krämpfe. Temperatursteigerung, kleiner schneller Puls trübt die Prognose. Die Behandlung war schonend entbindend. Nur 3mal wurde nach Dührssen entbunden. Grosse Bedeutung haben schweisstreibende Massnahmen. Die Sterblichkeit betrug 13,7 %.) (H. Jentter.)
145. *Lichtenstein, Zur Klinik, Therapie und Ätiologie der Eklampsie nach einer neuen Statistik bearbeitet auf Grund von 400 Fällen. Archiv f. Gyn. Bd. 95. p. 183. Ref. Gyn. Rundschau. p. 168 und Zentralblatt f. Gyn. Nr. 11. p. 339.
146. *— Die abwartende Eklampsiebehandlung. Verhandl. des VI. Internationalen Gyn.-Kongr. Berlin. p. 647. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. p. 1319 u. Archiv f. Gyn. Bd. 98. p. 415 u. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 33. p. 1798. Ref. Schmidts J.-B. Bd. 317. p. 283.
147. *— Zur Eklampsiestatistik. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 49. Ref. Gyn. Rundschau. p. 243.

148. *Lichtenstein, Aktive oder abwartende Eklampsiebehandlung. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47. p. 1571.
149. *— Über den Aderlass bei der Behandlung der Eklampsie. Ges. f. Geb. u. Gyn. Leipzig. 17. Juni. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51. p. 1732.
150. *— Die Bedeutungslosigkeit des Satzes von v. Winckel für die Lehre über die Eklampsie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43. p. 1419.
151. *Liebich, Ernst, Hämatomyelie als Komplikation der Eklampsie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38. p. 1243.
152. *Liègeois, Intestinal origine of the poison in eclampsia. Thèse de Lyon 1911. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. XXI. Nr. 5. p. 301. (Darlegung der Ansichten von Fabre und Guillemard, die aus dem Fäzes Eklamptischer ein Toxin isolierten, das durch Holzkohle fixiert wird. In der Frauenklinik in Lyon betrug in den Jahren 1903—1911 von 28 Eklampsiefällen die mütterliche Mortalität 7 %, die kindliche 20 %.)
153. *Liepmann, Das Eklampsiegift der Plazenta. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28. p. 1555. Gyn. Rundschau. p. 927.
154. *— Zur Eklampsiefrage. Verhandl. des VI. Internat. Gyn.-Kongr. Berlin p. 654. Ref. Gyn. Rundschau. p. 802. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. p. 1320.
155. Livingston, Vortrag über Eklampsie. Edingburgh of Soc. 11. Dezember. Ref. the Brit. med. Journ. 21. Dezember p. 1709.
156. Lobenstine, R. W., Vaginal Hysterotomy in the Late Months of Pregnancy. The Americ. Journ. of Obst. and Diss. of Women and Children. May.
157. Lockemann und Thies, Zur Klärung der Eklampsiefrage. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 69. Ref. Gyn. Rundschau p. 54.
158. Long, Karl, Die Eklampsiefälle der Freiburger Frauenklinik vom 1. Oktober 1904 bis 31. März 1910. Inaug.-Diss. Freiburg 1910. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 1522.
159. *Lorier, Behandlung des unstillbaren Erbrechens etc. durch Seruminjektion. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31. p. 1037.
160. Lowe, Diskussion zu Moran (cf. Nr. 171) Kaiserschnitt bei Eklampsie. The Amer. Journ. of Obst. p. 828.
161. Magruder, Diskussion zu Moran (cf. Nr. 171). The Americ. Journ. of Obst. p. 827. (Bericht über einen Fall von Eklampsie in drei nacheinander folgenden Schwangerschaften, alle Kinder gesund, Albumen nicht mehr verschwunden.)
162. Marsh, J., Cesarean Section Done under Spinal Anaesthesia for Eclampsia. The Journ. of Americ. med. Assoc. Sept.
163. *Mayer, A., Über die therapeutische Verwendung von normalem Schwangeren- und Wöchnerinnenserum. Verhandl. d. VI. Internat. Gyn. Kongr. Berlin. p. 650. Ref. Gyn. Rundschau p. 802. und Zentralbl. f. Gyn. p. 1320.
164. *— Über die Serumanwendung in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Württemberg. med. Korrespondenzblatt 1913.
165. *— Über die Heilung der Eklampsie durch intralumbale Injektion von normalem Schwangerenserum. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 9.
166. *Michailoff, Über Kaiserschnitt bei Eklampsie. Monatsschr. f. Geb. und Gyn. Bd. 35. p. 221.
167. *— Über den vaginalen Kaiserschnitt bei Eklampsie. Verhandl. des VI. Kongr. russ. Gynäkologen und Geburtshelfer Petersburg 16.—18. Dezember 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13. p. 398.
168. — Zum Kaiserschnitt bei Eklampsie. Journal Akusch. i shensk. boles. Mai-Juni. (Bericht über 5 klassische und 5 vaginale Kaiserschnitte bei Eklampsie. In schweren Fällen von Eklampsie ist die Schnellentbindung durch Kaiserschnitt anzustreben, aber nur bei guter Herztätigkeit. In späten Stadien der Schwangerschaft ist im Interesse des Kindes die klassische Methode vorzuziehen, weil die Extraktion der Frucht per vaginam besonders bei Primipara Schwierigkeiten machen kann.) (H. Jentter.)
169. Miura, M., Zur Therapie der Hyperemesis und der Eclampsia gravidarum. Aus den Notizen der physiol. und pathol. Forschungen des Verf. Tokio 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. p. 760.
170. *Molinari, Über den Einfluss des Absterbens der Frucht auf die Schwangerschaftsnephritis. Berliner klin. Wochenschr. Nr. 37. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 1521.

171. *Moran, Kaiserschnitt bei Eklampsie mit Bericht von 4 Fällen. The Amer. Journ. of Obst. p. 826.
172. *Murray, Diskussion zu Balantyne (cf. Nr. 10). Brit. med Journ. p. 1128 und Münchn. med. Wochenschr. Nr. 40. p. 2201.
173. Müller, C. F., Über das Auftreten und den weiteren Verlauf der Schwangerschaftsniere. Inaug.-Diss. Göttingen 1911. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 88.
174. *Nagel, Diskussion zu v. Olshausen (cf. Nr. 180). Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. 23. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 47. p. 1585 u. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 71. p. 679.
175. *Nawikoff, IV. Kongr. russ. Gynäkol. in Petersburg. Dez. 1911. Bericht: Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Febr.
176. *Newell, P. S., Die Behandlung der Eklampsie. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 15. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 1523.
177. Newell-Boston, 37. Jahresvers. d. Amer. gyn. Ges. v. Mai Bericht: Zentralblatt f. Gyn. Nr. 5. p. 176. 1913.
178. *Olin, Tovio, Die Eklampsiefälle in der geburtshilflichen Klinik zu Helsingfors. Arbeiten aus der gyn. Klinik zu Helsingfors. Wiesbaden. J. F. Bergmann u. Gyn. Rundschau. p. 69 u. 95. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38. p. 1258 u. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25. p. 831 und Gyn. Rundschau p. 737.
179. Olshausen, v., Kurze Mitteilung zur Eklampsiefrage. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. 27. Sept. 1911. Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. p. 342.
180. *— Zur Therapie der Eklampsie. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. 23. Februar. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47. p. 1584 und Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 71. p. 677 u. 682.
181. Ott, v., IV. Kongr. russ. Gyn. in Petersburg. Dez. 1911. Bericht: Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Februar.
182. Oui, Diskussion zu Pancot (cf. Nr. 183). Réunion obst. et Gyn. de Lille. 20. Juni. Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris. p. 628.
183. *Pancot, u. Leclercq, Eklampsie, abdomineller Kaiserschnitt. Tod an Pneumonie. Réunion obst. et gyn. de Lille. 20. Juni. Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris. p. 628. (Alte interstitielle Nephritis, daneben frische Epitheldegeneration der Nieren.)
184. Pernet, Diskussion zu Olshausen (cf. Nr. 180). Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47. p. 1585 nnd Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 71. p. 681.
185. *Persson, Eklampsia gravidarum, Paresis puerperalis. Archiv f. Gyn. Bd. 98. p. 323.
186. *Pinard, Diskussion zu Chiaie (cf. Nr. 40). Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris. Februar. Nr. 1. p. 79.
187. *Pobedinsky, IV. Kongr. russ. Gynäkol. in Petersburg. Dezember 1911. Bericht: Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Febr.
188. *Polano, Über Pseudoeklampsie. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. p. 523. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. p. 968.
189. *Pollak, E., Sammelreferat der in den Jahren 1909 und 1910 erschienenen Arbeiten über Eklampsia puerperalis. Gyn. Rundschau. p. 27.
190. *— J. O., Die Indikationsstellung bei der Schwangerschaftstoxämie und die Wahl der Operationsmethode. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 15. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 1522.
191. *— Die Indikation zu operativem Eingreifen und die Arten der Operationen bei Schwangerschaftstoxämien. 37. Jahresvers. d. Amer. gyn. Ges. vom Mai. Bericht: Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5. p. 176. 1913.
192. *Poten, W., Die Erfolge der Nierenkapsulation bei Eklampsie. Zeitschr. f. gyn. Urologie. p. 146. Bd. 3. Ref. Gyn. Rundschau. p. 662 und Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19. p. 620.
193. *— Diskussion zu Zoeppritz (cf. Nr. 275). Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35 p. 490.
194. Porges und Novak, Über die Ursache der Azetonurie bei Schwangeren. Berliner klin. Wochenschr. 1911. Nr. 39. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 18. p. 591.
195. *Prosorowski, N. N., Zur Eklampsiefrage, Dauerresultate von Nierendekapsulation bei Eklampsie. Zeitschr. f. gyn. Urologie. Bd. 3. p. 274. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47. p. 1590.

196. Pruschka, Eklampsie. Casop. lék. ces. Nr. 32—35. Ref. Deutsche med. Woehenschr. Nr. 41. p. 1950.
197. *Puech, Diskussion zu Vallois und Delmas, Eklampsie oder Epilepsie (cf. Nr. 250). Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris. Febr. Nr. 2. (Grosse Zahl. der Anfälle und normaler Blutdruck sprechen für Epilepsie.)
199. Raschkes, IV. Kongr. russ. Gyn. in Petersburg. Dez. 1911. Bericht: Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Febr.
200. *Raven, Hugh, Albuminurie in der Schwangerschaft. Brit. med. Journ. 2. März. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 12. p. 574.
201. *Risseuw, Über Eklampsie bei Schwangeren und abdominalem Kaiserschnitt. Nederl. Tijdschr. f. Geneeskunde 1910. Nr. 4. Ref. Gyn. Rundschau. p. 314.
202. *Rouvier, Die Behandlung der Eklampsia puerperalis. Pariser Geb. Ges. 16. März 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 7. p. 208.
203. *Rosenthal, E., Untersuchungen über das biologische Verhalten der fötalen Zellen. Ein Beitrag zur plazentaren Theorie der Eklampsie. Gyn. Rundschau. p. 245. Ref. Schmidts J.-B. Bd. 316. p. 578.
204. Rossa, Nochmals zur Eklampsiestatistik. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 3. p. 76. Ref. Gyn. Rundschau. p. 396.
205. — Zur Eklampsiestatistik. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43. Ref. Gyn. Rundschau. p. 92.
206. Routh, Ammand, Ein Fall von Hydrocephalus kompliziert mit Eklampsie, Fibrome und Kontraktionsring. The Brit. med. Journ. Dez. p. 1750.
207. *— Diskussion zu Ballantyne (cf. Nr. 10). Brit. med. Journ. p. 1129.
208. *Rubintschick, J., Gehirnblutungen bei Eklampsie. Inaug.-Diss. Bern. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38. p. 1258 und Gyn. Helvetica XII. p. 130.
209. *Rübsamen, Über Schilddrüsenerkrankungen in der Schwangerschaft. Archiv f. Gyn. Bd. 98. p. 268.
210. *Rüder, Diskussion zu Zoeppritz (cf. Nr. 275). Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 490.
211. Santi, E., Sulla cura dell eclampsia puerperale. Die Behandlung der Eklampsie. Atti della Società di Ostetr. e Ginec. Vol. XVIII.
(Artom di Sant' Agnese.)
212. *Sauter, Hermann, Die neuen Behandlungsmethoden der Eklampsie mit besonderer Würdigung des vaginalen Kaiserschnitts. Inaug.-Diss. Strassburg. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 22. p. 1245.
213. *Scharlich, Diskussion zu Ballantyne (cf. Nr. 10). Brit. med. Journ. p. 1129.
214. *Schickele, Über die sog. Schwangerschaftsleber etc. Verhandl. d. VI. Internat. Gyn.-Kongr. Berlin. p. 713 und Gyn. Rundschau. p. 744.
215. *Schiller, Aktive und konservative Eklampsiebehandlung. Vortrag i. d. Nordostd. Ges. f. Gyn. 23. Nov. Originalsitzungsbericht. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Febr. 1913. p. 230.
216. *Schmid, Eklampsie ohne Krämpfe und ohne Bewusstlosigkeit. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 69. Ref. Gyn. Rundschau. p. 54.
217. *Schmorl, Zur Geschichte der Plazentarzellenembolie. Münchn. med. Wochenschr. p. 2111.
218. Schong, C., Noch ein Fall von Eklampsie mit Arteriotomie behandelt. Allm. Swenska Laekarska Nr. 7. Ref. Gyn. Rundschau. p. 711.
219. *Schrimpf. W. R., Über Nierendekapsulation in der Behandlung der Eklampsie. Inaug.-Diss. Würzburg. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 34. p. 1878.
220. Seitz, Hyperemesis als Schwangerschaftsintoxikation. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 15. p. 691.
221. Selitsky, M., Der vaginale Kaiserschnitt bei Eklampsie. La Gynecologie 16. Année Nr. 6. p. 366.
222. *Shmit, Bellingham, Die Behandlung der Eklampsie. Practitioner. Sept. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1524.
223. *Sippel, Albert, Über Eklampsie und die Erfolge der Nierendekapsulation bei Eklampsie. Zeitschr. f. gyn. Urologie III. p. 259. Ref. Schmidts J.-B. Bd. 317. p. 170 und Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47. p. 1590.

224. *Skeel, A. J., Diagnose und Behandlung der Eklampsie. Cleveland med. Journ. Mai. Ref. Journ. of the Amer. med. Assoc. p. 2049 und Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38. p. 1258.
225. *Smyly, William, Die Anwendung der neuen Forschungsergebnisse auf die Behandlung der Eklampsie. Brit. med. Assoc. combined. sections. of Pathol. and Gyn. Brit. med. Journ. 26. Okt. p. 1125.
226. *Soubeyran, Ist die Zwillingsschwangerschaft ein die Eklampsie begünstigender Faktor? Inaug.-Diss. Lyon. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38. p. 1260.
227. Souter, Die neueren Behandlungsmethoden der Eklampsie mit besonderer Würdigung des vaginalen Kaiserschnittes und dessen Ergebnisse an der Strassburger Universitätsfrauenklinik. Inaug.-Diss. Strassburg. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25. p. 830.
228. Spitzbarth, E., Kritisch statistischer Beitrag zur Eklampsie in der Leipziger Universitätsfrauenklinik. Inaug.-Diss. Leipzig. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37. p. 2020.
229. Sprigg, Diskussion zu Moran (cf. Nr. 171). The Americ. Journ. of. Obst. p. 828.
230. *Staude, Sitzung der Nordwestd. Ges. f. Gyn. 11. Nov. 1911. Originalbericht: Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. April.
231. Sselitzky, Vaginaler Kaiserschnitt bei Eklampsie. Journ. akusch. i shensk. boles. Febr. (Das Material der Moskauer Klinik von 1874—1910 umfasst 175 Eklampsiefälle mit 21,1 % Gesamtsterblichkeit. Seit 1902 wurde bei Eklampsie die Geburt beschleunigt. 28 Fälle mit $1^2/_3$ % Sterblichkeit. Das letzte Semester des Jahres 1911 gab 8 Eklampsiefälle mit 0 % Sterblichkeit. 6 mal wurde der vaginale Kaiserschnitt gemacht, 1 mal Metreuryse und 1 mal handelte es sich um Wochenbettseklampsie. Mit Einführung der Frühentbindung sank die Mortalität bedeutend. Der vaginale Kaiserschnitt ist die schnellste Entbindungsmethode, er ist auch am wenigsten gefährlich und hat am wenigsten schlimme Folgen. Verf. hat aus der Literatur 264 vaginale Kaiserschnitte bei Eklampsie gesammelt: die Gesamtmortalität beträgt $13^1/_5$ %. In Russland wurde 43 mal operiert (tabellarische Übersicht). Scheidet man die Fälle, wo zu spät operiert wurde, aus, so erhält man auf 225 Fälle nur 9,7 % Sterblichkeit. Bei Autoren, welche im vollsten Sinne früh entbinden, ist die Mortalität noch niedriger. Zum Schluss bringt Verf. 7 Geburtsberichte.) (H. Jentter.)
232. *Steiger, Max, Zur Frage der konservativen Therapie der Eklampsie. Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte. Nr. 17. p. 617. Ref. Schmidts J.-B. Nr. 317. p. 164.
233. *Stöckel, Diskussion zu Zoeppritz (cf. Nr. 275). Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 491.
234. Stöne, Diskussion zu Moran (cf. Nr. 171). The Americ. Journ. of Obst. p. 828.
235. *Strassmann, Diskussion zu Stroganoff. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. 23. Juni 1911 (cf. Nr. 236). Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. p. 433.
236. *Stroganoff, Über Eklampsie. Ges. f. Geb. u. Gyn. 23. Juni 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. p. 432 und 14. Juli 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 472 und Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. p. 286.
237. *— Die Eklampsiebehandlung nach der prophylaktischen Methode in den Berliner Kliniken. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25. p. 800.
238. — Die theoretische Begründung der prophylaktischen Methode der Eklampsiebehandlung. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 1497 und Verhandl. d. VI. Internat. Gyn.-Kongr. Berlin. p. 622. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. p. 1319 und Gyn. Rundschau. p. 799.
239. *— Berichtigung. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 664.
240. — IV. Kongr. russ. Gyn. in Petersburg. Dez. 1911. Bericht: Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Febr.
241. — Behandlung der Eklampsie. Russk. Wratsch. 1911. Nr. 40. Ref. Deutsche med. Wochenschr. p. 333.
242. — Traitement de l'éclampsie par la méthode prophylactique dans les cliniques obstétricales de Berlin. Annal. de gyn. et d'obst. Jullet.

243. Stroganow, Einige Bemerkungen zu Prof. Freund: „Über Eklampsie und ihre Behandlung auf Grund von 551 Fällen". Journal akusch. i shensk. bol. Dez. (H. Jentter.)
244. — Die theoretische Begründung der prophylaktischen Eklampsiebehandlung. Russki Wratsch. Nr. 42. (H. Jentter.)
245. *Teacher, Diskussion zu Ballantyne (cf. Nr. 10). Brit. med. Journ. p. 1125 und 1130 und Münch. med. Wochenschr. Nr. 40. p. 2201.
246. Thies, Über den Aderlass bei der Behandlung der Eklampsie. Ges. f. Geb. u. Gyn. Leipzig. 17. Juni. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51. p. 1732.
247. *— Diskussion zu Dienst (cf. Nr. 51). Ges. f. Geb. u. Gyn. 19. Juni 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21. p. 678.
248. Tissier, Überblick über die Eklamsiefälle in 3 Jahren an der Charité Paris. Bull. de la Soc. d'obst. de Paris. 1911. Nr. 8. Ref. Gyn. Rundschau. p. 358.
249. Trillat, Schwere Eklampsie, medikamentöse Behandlung. Bull. de la Soc. d'obst. de Paris 1911. Nr. 8. Ref. Gyn. Rundschau. p. 358.
250. *Vallois und Delmas, Eklampsie oder Epilepsie. Réunion obst. et Gyn. de Montpellier. 7. Febr. Bull. de la Soc. d'obst. et de Gyn. de Paris. Ref. Gyn. Rundschau. p. 664.
251. Vanverts, Diskussion zu Pancot und Leclercq (cf. Nr. 183) l. c. p. 628.
252. *Veit, Über den Aderlass bei Behandlung der Eklampsie. Ges. f. Geb. u. Gyn. Leipzig. 17. Juni Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51. p. 1732.
253. *— Diskussionsbemerkungen in der Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Leizig. 17. Juni.
254. *Voigts, Die Stroganoffsche Methode in der Bummschen Klinik. Verhandl. d. VI. Internat. Gyn.-Kongr. Berlin. p. 655. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. p. 1320.
255. *— Zur Behandlung der Eklampsie nach Stroganoff. Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 37. p. 1771. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 1523.
256. *Volland, Zur Behandlung der Eklampsie. Therapeut. Monatsschr. p. 350. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38. p. 1258.
257. *Voron et Gonnet, Bericht über 3 Fälle von Eklampsie. Eklampsie ohne Krämpfe. Bull. de la Soc. d'obst. de Paris. 1911. Nr. 8. Ref. Cyn. Rundschau. p. 358.
258. *Vriese, de, Eklampsie in der Amsterdamer Frauenklinik 1898—1909. Inaug.-Diss. Amsterdam 1910. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25. p. 832 u. Gyn. Rundschau. p. 317.
259. Wagner, Die Nierendekapsulation bei der Eklampsie nebst einigen kasuistischen Beiträgen. Inaug.-Diss. Heidelberg.
260. *Walcher, G., jr., Abspritzen des Kolostrums bei Eklampsie. Zentralbl. f. Gyn. p. 1388.
261. Walker, J., Über die Eklampsie. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 40. p. 2201.
262. Wallace, Unterdrückung der Krämpfe bei Eklampsie. Lancet. Dezember. Nr. 42. p. 1587.
263. *Wallich, Pathogénie et prophylaxie des lésions placentaires chez les albuminuriques et les éclamptiques. Annal. de Gyn. d'obst. Aug. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. sowie deren Grenzgebiete. 1913. Nr. 7. p. 283.
264. *Ward, 37. Jahresvers. der Amer. Gyn. Ges. New York. Mai. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 5. p. 171.
265. Welch, Edgar, Normales menschliches Serum in der geburtshilflichen Praxis. Americ. Journ. of Obst. and etc. Children. Ref. Zentralblatt f. Gyn. Bd. 35. p. 1175.
266. Westphalen, Diskussion zu Zoeppritz (cf. Nr. 275). Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 491.
267. *Williams, Espy, Intramammäre Sauerstoffinjektion zur Behandlung der Eklampsie. Journ. of the Amer. med. Assoc. Bd. 59. Nr. 7. 17. Aug. p. 538.
268. Willson, Venaesectio bei Postpartum-Eklampsie. The Amer. Journ. of Obst. p. 830.
269. *— Diskussion zu Moran (cf. Nr. 171). The Americ. Journ. of Obst. p. 828.
270. Wolff-Eisner, Über Eklampsie. Berliner klin. Wochenschr. 1911. Nr. 451. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5. p. 151 und Gyn. Rundschau. p. 130.
271. *Zangemeister, W., Beitrag zur Auffassung und Behandlung der Eklampsie. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 41. Ref. Gyn. Rundschau. p. 53 u. Festschrift zur

feierl. Einführung des neuen Rektors der Universität Marburg. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. p. 760.
272. Zinke, Gustav, Über die Anwendung von Veratrum viride bei Eklampsia gravidarum. Deutsche med. Wochenschr. 1911. Nr. 29. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5. p. 150.
273. *Zinsser, A., Über die Nierenfunktion Eklamptischer. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. p. 201. Ref. Schmidts J.-B. Bd. 315. p. 208 und Gyn. Rundschau. p. 699.
274. *— Diskussion zu Stroganoff (cf. 236). Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. p. 293.
275. *Zoeppritz, Die Behandlung der Eklampsie nach Stroganoff. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 8. p. 409. Ref. Gyn. Rundschau. p. 471 u. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 489.
276. Zubrzycki, Die Reaktion von Wassermann in bezug auf Blutserum von Frauen mit Eklampsie sub partu. Lwowski Tygodnik Lekarski. Nr. 21. p. 327. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
277. *Zweifel, Zur Eklampsiefrage, Aderlass bei Eklampsie. Verh. des VI. Internat. Gyn.-Kongr. Berlin. p. 643. Ref. Gyn. Rundschau. p. 800 und Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. p. 1319.
278. *— Über den Aderlass bei der Behandlung der Eklampsie. Archiv f. Gyn. Bd. 97. p. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34. p. 1125 und Schmidts J.-B. Bd. 316. p. 522. und Ges. f. Geb. u. Gyn. Leipzig. 17. Juni. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51. p. 1729.
279. *— Aderlass bei der Eklampsie. VI. Internat. Kongr. f. Gyn. u. Geb. zu Berlin. Sept.

Ursache und Wesen der Eklampsie sind Gegenstand mehrerer Arbeiten. Mehrere Autoren [Freund (78), Liepmann (153), Veit (252 u. 253), Voigts (254 u. 255)] bekennen sich zur plazentaren Theorie.

Liepmann (153) injizierte Kaninchen Plazentarbrei von normalen und eklamptischen Schwangeren. Nach Injektion von Plazentarbrei Eklamptischer gingen die Tiere in wenigen Minuten an Krämpfen und Lähmungen zugrunde, während die dreifache Dosis von Plazentarbrei normaler Schwangerer ohne Schaden vertragen wurde. Zur Stütze seiner Anschauung beruft sich Liepmann auf Abderhalden (1), der auf Grund seiner optischen Untersuchungsmethoden und seines Dialysierverfahrens zur Ansicht kommt, dass „in Analogie mit der Bildung der Fermente bei der Genese des Eklampsiegiftes das Chorionepithel eine wesentliche Rolle zu spielen scheint und die Plazenta daher die Bildungsstätte und der Ausgangspunkt des Giftes ist".

Kiutsi (129) glaubt, dass die chemische Ursache der Eklampsie an die Kernsubstanzen des Syncytiums, an das Nukleoprotein und das Nuklein in erster Linie gebunden sei, während die Nukleinsäure nur in zweiter Linie als Schädlichkeit in Betracht kommt. Unter normalen Verhältnissen wirkt die Kernsubstanz des Syncytiums als adäquater Reiz auf die allgemeine Widerstandserhöhung der Graviden in dem Sinne, Antikörper zu erzeugen. In übermässiger Menge rufen die Kernsubstanzen des Syncytiums aber pathologische Schwangerschaftserscheinungen hervor, sie schädigen die Organe, das Blut- und Gefässsystem. Darnach wäre die Eklampsie eine hochgradige Kernvergiftung.

Für die fötale Theorie sprechen sich Ballantyne (10), Bauereisen (14 u. 15), Molinari (170), Pollack (190), Soubeyran (226), Thies (247) aus.

Molinari (170) teilt einen Fall von Schwangerschaftsniere mit präeklamptischen Symptomen mit. Nach dem Absterben der Frucht erfolgte ein rapider Abfall des Eiweissgehaltes, eine erhebliche Zunahme der 24 stündigen Urinmenge und die Ödeme gingen zurück. Es deuteten also die Erscheinungen auf eine Intoxikation der Mutter durch den lebenden Fötus hin.

In einem von Pancot und Leclercq (183) mitgeteilten Fall hörten ebenfalls die eklamptischen Krämpfe auf, nachdem das Kind abgestorben war. Der

Tod der Mutter, die durch Kaiserschnitt entbunden wurde, erfolgte an Pneumonie. Bei der Sektion fand man interstitielle Nephritis und daneben frische Epitheldegeneration der Nieren.

Lichtenstein (150) wendet sich gegen die Theorie, dass das Eklampsiegift von Fötus oder Plazenta stamme. Er bestreitet den Winckelschen Satz, dass viele Eklampsien nach Eintritt des Fruchttodes aufhören und behauptet, dass vielfach eine Eklampsie auch nach Absterben der Frucht, ja sogar bei fehlender Frucht, wie bei Blasenmole, auftrete. Er berichtet über zwei Fälle von Eklampsie bei Blasenmole, die sehr schwer verliefen, im ersten Fall traten 31 Anfälle auf, im zweiten Fall starb die Mutter. Die in der Literatur niedergelegten Beobachtungen beweisen seiner Ansicht nach nicht, dass der Fruchttod die Prognose der Eklampsie günstig beeinflusse.

Murray (172) beschäftigt sich mit der Erklärung der Eklampsie als Anaphylaxie. Das eklamptische Gift besteht seiner Ansicht nach ebenso wie das Schlangengift aus 5 Faktoren, einem thrombotischen, einem hämolytischen, einem hämaglutinierenden, einem endotheliolytischen und einem neurotoxischen.

Johnstone (118) studierte die Frage, ob die Eklampsie eine anaphylaktische Erscheinung sei experimentell. Er spritzte 12 Meerschweinchen den Presssaft von normaler Menschenplazenta ein und wiederholte die Einspritzung nach 12—23 Tagen. 7 mal traten leichtere und 1 mal schwerere anaphylaktische Erscheinungen auf. Tiere, die mit Plazenta ihrer eigenen Art behandelt wurden, reagierten dagegen negativ. Darnach werden die beobachteten anaphylaktischen Symptome durch artfremdes Serum erklärt, während der negative Ausfall der übrigen Experimente bei Verwendung von arteigener Plazenta gegen die Erklärung der Eklampsie als anaphylaktische Erscheinung spricht.

Felländer (68) behandelte Meerschweinchen durch subkutane resp. intraperitoneale Injektion von Plazentarextrakt, Fötusextrakt und Fruchtwasser, um zu untersuchen, ob anaphylaktische Erscheinungen auftreten. Die Resultate seiner Untersuchungen sprechen gegen die Annahme, dass die Eklampsie ein anaphylaktisches Symptom sei, welches durch Import von Eiweisskörper aus Fötus, Plazenta und Fruchtwasser in dem Organismus der Mutter hervorgerufen wird.

Bauereisen (14) studierte die Frage, ob die Eklampsie eine Immunitätsreaktion sei. Zu diesem Zwecke spritzte er Kaninchen und Meerschweinchen artgleichen Plazentarsaft, Fötussaft und Hodensaft ein. Nach seinen Untersuchungen besitzen artgleiche Plazenta und artgleicher Hoden Antigencharakter und sind daher imstande, Immunitätsreaktionen auszulösen. Die in den ersten Graviditätsmonaten auftretenden Störungen werden teils durch Immunitätsvorgänge, teils durch physiologische und pathologische Produkte der Plazenta hervorgerufen. Für die Eklampsie kommen verschiedene ätiologische Momente in Betracht, Stoffwechselstörungen, Störungen seitens der Plazenta, Eiweissspaltprodukte, proteolytische Fermente und Fibrinfermente. Die letzten Produkte vergiften entweder den Organismus primär oder sekundär durch Schädigung lebenswichtiger Drüsen, wie Niere, Leber, Pankreas. Die Ätiologie der Eklampsie ist demnach einem Spektrum zu vergleichen, welches die wirksamen Faktoren in vielseitiger Abstufung enthält. Ausserdem spielen aber auch Immunitätsvorgänge durch den antigenen Charakter der artgleichen Plazenta eine Rolle.

Franz R. (77) vertritt den Standpunkt, dass die Eklampsie eine Autointoxikation sei durch Eiweissabbauprodukte, die von der Fermentspaltung des Plazentareiweisses herstammen. Für diese Auffassung spricht auch das morphologische Blutbild. Die Selbstvergiftung des Organismus kann entweder durch Anhäufung von Abbauprodukten infolge gesteigerten Eiweisszerfalles oder durch mangelhaften Abbau infolge Hemmung durch die vermehrten Eiweisszerfallsprodukte hervorgerufen werden. Auf Grund dieser theoretischen Erwägungen scheint die

Serumtherapie bei der Eklampsie weniger Erfolg zu versprechen als bei den anderen Schwangerschaftstoxikosen.

In seiner Arbeit (76) über die Bedeutung der Eiweisszerfallstoxikosen bei der Geburt und bei der Eklampsie führt Franz aus, dass der Harn Eklamptischer mit keiner oder nur geringer Nierenschädigung hochgradig toxisch ist, während der Harn bei Nephritis ohne Fieber in der Schwangerschaft beim Versuchstier keine Vergiftungssymptome aufweist. Aus der Erhöhung der Harntoxizität bei Eklampsie kann man mit Wahrscheinlichkeit schliessen, dass das im Harn ausgeschiedene Gift die Schädigung hervorruft. Ist gleichzeitig die Niere schwer geschädigt, dann wird das Harngift im Körper zurückgehalten. Die vorgefundenen Organschädigungen an der Niere sind nicht die Ursache, sondern die Folge der Giftproduktion. Die starke Erhöhung des antitryptischen Titers bei Eklampsie, die gesteigerte Harntoxizität, die Änderung der Blutformel sprechen dafür, dass bei der Geburt und der Eklampsie eine ursächlich mit diesem zusammenhängende Zerfallstoxikose bestehe. Der Geburtseintritt ist wahrscheinlich die Folge einer Vergiftung mit Eiweisszerfallsprodukten, die durch den Fermentabbau vom Plazentareiweiss gebildet werden.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt Franz (75) in seiner weiteren Arbeit: Über das Verhalten der Harntoxizität in der Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett. Er fasst seine Resultate dahin zusammen: die allgemeine Toxizität des menschlichen Harns ist unabhängig von der Konzentration, vom Säuregehalt und vom Gehalt des Harnes an genuinem Eiweiss. Giftige Harne erzeugen, peritoneal eingebracht, beim Meerschweinchen das Erkrankungsbild des anaphylaktischen Shocks. Der Harn gesunder Schwangerer ist nicht giftiger als der Nichtschwangerer. Die Giftigkeit des Harns gesunder Schwangerer scheint kurz vor Beginn der Geburt etwas anzusteigen. In der Geburt ist die Giftigkeit gegenüber von Schwangerschaft und Wochenbett bedeutend erhöht. Die Geburtsharne scheinen bei abgestorbener Frucht nicht weniger toxisch zu sein. Die Toxizitätssteigerung bei Wehentätigkeit gilt nicht nur für die Geburt am Ende der Schwangerschaft, sondern auch für den Abort bei uteriner und tubarer Gravidität. Auch unmittelbar nach der Geburt zeigt der Harn noch eine erhöhte Giftigkeit. Der Wöchnerinnenharn ist etwas giftiger als der von Schwangeren und etwas weniger giftig als der von Gebärenden. Der Harn von Gebärenden und Wöchnerinnen mit Urticaria war hochgradig giftig. Dadurch erfährt die Auffassung der Urticaria als anaphylaktisches Symptom eine neue Stütze. Der Harn Eklamptischer mit keiner oder geringer Nierenschädigung war hochgradig toxisch. Darin kann ein neuer Beweis für die Auffassung des eklamptischen Anfalls als Eiweisszerfallstoxikose erblickt werden. Bei schwerer Nephritis gravidarum war die Giftausscheidung im Harn aufgehoben oder verringert.

Esch (65 u. 66) untersuchte das Verhalten der Harngiftigkeit in der Schwangerschaft, in der Geburt und im Wochenbett, indem er Tieren Harn einspritzte. Nach seinen Ergebnissen ist die Harngiftigkeit in der Gravidität kaum gesteigert, während sie unter der Geburt im allgemeinen herabgesetzt oder zum mindesten nicht gesteigert ist und im Wochenbett, am 4. und 5. Tag, etwas ansteigt. Bei 3 verschieden schweren Eklampsien verhielt sich die Harngiftigkeit verschieden, teils wurde im Urin unter der Geburt, im Gegensatz von normalen Kreissenden ein stark wirkendes Gift ausgeschieden, das Meerschweinchen unter dem Bilde der Anaphylaxie schwer schädigte, resp. tötete, teils wies der Harn keine höhere Giftigkeit auf als der von normalen Kreissenden. Der giftige Harn entsprach den schweren Fällen und der ungiftige den leichten Fällen. Vielleicht kann man an dem Grade der Harngiftigkeit eine Prognose auf die augenblickliche Schwere der Eklampsie stellen. Bei einem Fall von schwerer Nephritis gravidarum war die Giftausscheidung im Harn auffallend gering. Die Eigenschaften des gefundenen Harngiftes wurden an weiteren Tierversuchen geprüft. Intracardiale Injektion von giftigen Harnen führten je nach dem Grade der Giftigkeit mehr oder weniger zu den

Symptomen des leichten oder schweren anaphylaktischen Shocks. Die Autopsie der getöteten Tiere wies den charakteristischen Befund der im anaphylaktischen Shock gestorbenen Meerschweinchen auf. Betrachtungen über die Bedeutung, die dem nachgewiesenen Gift bei der Entstehung der Eklampsie evtl. zuerkannt werden könnten, hält Esch nicht für angebracht, bevor nicht die Natur des Giftes noch weiter erforscht ist und bevor nicht festgestellt ist, bei welcher Art von Eklampsie und in welchem Stadium der Erkrankung das Gift am reichlichsten ausgeschieden wird.

Dienst (51) studierte die ätiologische Bedeutung der Fibrinfermente etc. für die Schwangerschaftsniere und die Eklampsie. Er vertritt die Ansicht, dass die Schwangerschaftsniere und die Eklampsie durch die infolge des erhöhten Verbrauchs während der Gestationszeit in vermehrter Menge entstehende Thrombokinase und durch das aus ihr hervorgehende Fibrinferment verursacht sei. Geringe Mengen des Fibrinfermentes vermag der Körper in der normalen Schwangerschaft und bei normaler Leberfunktion durch das in der Leber gebildete Antithrombin auszugleichen. Die zirkulatorischen Störungen in der Leber infolge schnellen Emporwachsens des Uterus führen zu einem Missverhältnis zwischen dem relativ zu hohen intraabdominellen und relativ zu niedrigen arteriellen Druck. Sie sind die Ursache für die ungenügende Durchblutung des Leberparenchyms und die dadurch bedingte ungenügende Antithrombinproduktion. Nach seiner Ansicht veranlasst die Schwangerschaft bei nicht voll ausreichender Herztätigkeit zirkulatorische Störung in den Ausscheidungsorganen, die eine ungenügende Entgiftung und daher eine allmähliche Ansammlung des in der Schwangerschaft erzeugten ungemein toxisch wirkenden Fibrinferments in krankmachender Menge im Blute bedingen. Handelt es sich nur um unbedeutende Quantitäten dieser giftigen Stoffe, dann kommt es nur zu degenerativen Schäden an den parenchymatösen Organen, die sich klinisch in Stoffwechselstörungen, Albuminurie, Ödem anzeigen. Bei grösseren Mengen kommt es zu allgemeinen Vergiftungssymptomen, die durch eine umfangreiche Fibrinbildung im Organismus der Schwangeren und infolge rasch wechselnden Gehirndrucks zu Krampfanfällen führen. Das infolge von ungenügender Durchblutung der Leber im Blute angesammelte Fibrinferment schädigt die Niere, die es ausscheiden soll, und es entsteht die toxische Schwangerschaftsniere. Diese wird durch das gleichzeitig im Blut in grösserer Menge zurückgehaltene Fibrinogen in die Schwangerschaftsnephritis übergeführt. Der autoptische Befund ergibt bei dieser chronischen Form der Eklampsie schwerste Veränderungen an den Ausscheidungsorganen und eine degenerative Verfettung des Herzmuskels. Wenn die zur Fibrinbildung nötige Konzentration des Fibrinferments zum vorhandenen Fibrinogen niemals erreicht wird, kommt es zwar nicht zur Thrombose und zu Krämpfen, aber beim Vorhandensein reichlicher Mengen von Fibrinogen zu den schwersten degenerativen Veränderungen des Herzens und der Ausscheidungsorgane, mit denen ein Weiterleben nicht vereinbar ist.

In seltenen Fällen kann bei sonst ganz gesunden Schwangeren schon allein durch den mechanischen Druck der hochschwangeren Gebärmutter auf die grossen venösen Beckengefässe das aus der Plazenta ausgeschiedene Prothrombin längere Zeit am Abfluss gehindert werden. Dann kann es ohne jede Mitbeteiligung der Ausscheidungsorgane zur anfänglichen Zurückhaltung grösserer Mengen von Prothrombin und Leukozyten in den Venen- und Lymphspalten der ganzen unteren Körperhälfte kommen, die dann nach Beseitigung der Stauung durch die Wehen auf einmal in grossen Mengen ins arterielle kalkreiche Blut gelangen und hier in Fibrinferment ganz plötzlich in grosser Menge umgewandelt werden. Die hier nur in normaler Menge vorhandenen Hemmungsstoffe werden gegen die Überschwemmung von Fibrinferment nicht erfolgreich ankämpfen können und dadurch die Eklampsie veranlassen. Der autoptische Befund bei der „akuten Eklampsie ohne Albuminurie“ wird die für eine chronisch verlaufende Eklampsie als charakteristisch bezeichneten Leber- und Nierenveränderungen vermissen lassen. Auch

eine pathologisch gesteigerte Fibrinogenansammlung wird hier im Blutplasma fehlen.

In den meisten Fällen werden sich beide Zustände kombiniert einstellen, indem zu einer durch Leberzirkulationsstörungen anfänglich veranlassten und durch gleichzeitig vorhandene Zirkulationsstörungen in den Nieren weiter begünstigten Schwangerschaftsintoxikation leichteren Grades gegen Ende der Schwangerschaft eine mechanische Behinderung des Abflusses der Vena cava durch den Druck der hochschwangeren Gebärmutter sich hinzugesellt. Die anfangs unter den Symptomen einer leichten Schwangerschaftsniere erkrankte Schwangere wird unter plötzlicher Verschlimmerung des Nierenleidens von einer Eklampsie während der Geburt oder erst im Wochenbett überrascht werden. Der autoptische Befund an Leber und Niere wird bei dieser gewöhnlichsten Form der Eklampsie, die mehr subakut einsetzt, mehr von der ursprünglich vorhanden gewesenen Menge und der Einwirkungsdauer der die voraufgegangene Schwangerschaftsintoxikation veranlassenden toxischen Substanzen abhängen, als von den Folgezuständen der Thromben bei der später hinzugetretenen Eklampsie.

Thies (247) und Heynemann (105) bekämpfen die Gründe, mit denen Dienst die Erklärung der Eklampsie als Anaphylaxie ablehnt. Thies hebt hervor, dass bei der Anaphylaxie ebensogut Temperatursteigerungen möglich seien, wie Temperatursturz. Leukopenie sei keineswegs typisch für die Anaphylaxie, sondern nur für eine bestimmte Form. Das von Dienst zur Unterstützung seiner Theorie ausgearbeitete Blutschema sei keineswegs bewiesen, die Existenz des für diese Auffassung so wichtigen Prothrombins und Metathrombins sei hypothetisch. Das pathologisch-anatomische Substrat der Dienstschen Theorie, trübe Schwellung, fettige Degeneration und Nekrosen sei nicht neu, da es auch durch Injektion von arteigenem fötalem Serum bei Kaninchen hervorgerufen werden kann. Da also normales Serum des Fötus dieselben Erscheinungen macht, können diese die Dienstsche Theorie nicht stützen. Bei einzelnen Erkrankungen, wie Morbus Basedowii und akuten Infektionskrankheiten, erreichen erwachsene Menschen sehr hohe Grade von Fibrin im Blute, ohne je Eklampsie zu zeigen. Der Fibringehalt des Blutes beim Neugeborenen ist noch viel höher und doch ist die echte Eklampsie beim Neugeborenen sehr selten.

Doi (57) stellte bei 11 gesunden, nicht schwangeren Frauen, 50 schwangeren, 28 kreissenden und 28 Wöchnerinnen Blutuntersuchungen an unter dem Gesichtspunkt der Entstehung der Eklampsie. Er bestimmte die Zahl der roten und weissen Blutkörper, der Blutplättchen, das Verhältnis der Mischung der einzelnen Leukozytenarten, Veränderungen der Blutkörperchen. Er kam zu folgendem Ergebnis: die Zahl der roten Blutkörper ist bei Schwangeren und Kreissenden etwas geringer als bei Nichtschwangeren. Die Leukozytenzahl ist bei Schwangeren deutlich vermehrt und zwar am stärksten bei Erstgeschwängerten mit Zeichen mangelhafter Anlage. Bei der Geburt vermehren sich die Leukozyten mit dem Fortschritt des Geburtsaktes. Die Vermehrung der Leukozyten beruht auf Zunahme der neutrophilen Zellen. Das neutrophile Blutbild verschiebt sich bei Schwangeren nach links, am stärksten bei Schwangerschaftsniere und bei Eklampsie. Veränderungen der roten Blutkörper sieht man am häufigsten bei Schwangerschaftsniere und bei Eklampsie. Die Blutveränderungen in der Schwangerschaft sind wahrscheinlich, analog denen bei Infektionskrankheiten, zurückzuführen auf den Einfluss eines Giftes. Die Herkunft dieses Giftes ist bei allen Schwangerschaftsverhältnissen die gleiche.

Teacher (245) erklärt die Eklampsie durch erhöhte Gerinnbarkeit des Blutes und spasmodische Kontraktion gewisser Gefässbezirke.

Engelmann und Ebener (64) haben die Blutgerinnungszeit bei Eklamptischen mit dem Bürckerschen Apparat bestimmt. Nach ihren Untersuchungen ist in der weitaus grössten Zahl der Eklampsiefälle eine erhebliche Verkürzung der Gerinnungszeit festgestellt worden. Diese Tatsache steht mit pathologisch-anatomischen

Befunden und klinischen Eindrücken gut im Einklang. Der Zusammenhang der Eklampsie mit der Verkürzung der Gerinnungszeit wird dadurch bewiesen, dass mehrere Tage nach dem Aufhören der eklamptischen Anfälle die Gerinnungszeit wieder den Durchschnittswerten entsprach. Durch Verabreichung gerinnungsverzögernder Mittel, wie Hirudin, kann die Gerinnungsfähigkeit des Blutes Eklamptischer beeinflusst werden. Die Autoren glauben als feststehende Tatsache bewiesen zu haben, dass die Gerinnungszeit des Blutes bei Eklampsie herabgesetzt ist und zwar fast durchweg in nicht unerheblichem Masse.

Routh (207) betont für das Studium der Ätiologie der Eklampsie die Notwendigkeit der biochemischen Blutuntersuchung. Sie kann uns neben der Frage nach der Eklampsie vielleicht Aufschluss geben über die Ursachen des Weheneintritts, der Laktation, des menstruellen Zyklus usw. Für die Entstehung der Eklampsie spielt vielleicht die Anhäufung von Kalksalzen im Blut eine Rolle.

In seinen Untersuchungan über das biologische Verhalten der fötalen Zellen kommt Rosenthal (203) zu dem Ergebnis: 1. im Serum normaler, nicht gravider, wie im Serum gravider Individuen befinden sich zytolytische Substanzen, welche fötale Zellen auflösen. 2. Diese Substanzeu fehlen im Nabelschnurserum. 3. Bei Eklamptischen ist nach dem Anfall ein Fehlen der physiologisch vorhandenen Lösung zu beobachten. 4. Die zellösende Wirkung des Serums kehrt bei in Genesung ausgehenden Fällen zur Norm zurück und erfährt einen weiteren Abfall bei tödlich verlaufenden Fällen. 5. Demnach beruht die Eklampsie auf dem Fehlen der unter physiologischen Zuständen vorhandenen zytolytischen Substanzen.

Walker-Hall (96) betont, dass das Blut Schwangerer und das Nichtschwangerer grosse Unterschiede zeige. Auf Grund biochemischer Untersuchungen glaubt er, dass die Eklampsie ähnlich wie der Diabetes seine Ursache in der Störung des funktionellen Gleichgewichts der Zellen des Organismus habe.

Grube und Reifferscheid (94) fanden, dass der Ätherauszug aus dem Blute Schwangerer sehr toxisch sei und dass sich die Toxizität unter der Geburt und namentlich bei Eklampsie steigert. Das Gift ist nicht protoplasmatischer Natur.

Nach Wallich (263) spielt bei der Eklampsie nicht die toxische Schädigung die Hauptrolle, sondern im wesentlichen der erhöhte Blutdruck.

Schickele (214) prüft, ob man berechtigt sei, von einer Schwangerschaftsleber zu sprechen. Es lässt sich weder morphologisch noch chemisch eine Fettanhäufung in der Leber schwangerer Frauen nachweisen. Damit fällt eine der wichtigsten Stützen der sogenannten Schwangerschaftsleber. Bei der Eklampsie, dem weiter fortgeschritteneren Stadium der vermeintlichen Schwangerschaftsleber, ist nicht selten Fett vorhanden, meistens aber nur in mässigem Grade oder überhaupt nicht. Die Tatsache, dass in vielen Fällen von tödlicher Eklampsie Fett in der Leber fehlt oder wenigstens nicht in grossen Mengen vorhanden ist, ist ein gewichtiges Bedenken gegen die angeblich charakteristische Fettanhäufung in der Gravidität. Wenn die sogenannte Schwangerschaftsleber das erste Stadium der Schwangerschaftsschädigung darstellte, dann wäre bei dem späteren Stadium, der Eklampsie, erst recht und wesentlich mehr Fett zu erwarten. Das Verhalten des Ammoniakstickstoffes im Urin lässt auf die Funktionstüchtigkeit der Leber keinen Schluss zu. Auch die alimentäre Lävulosurie in der Schwangerschaft hat für den Beweis einer Leberschädigung keine ausschlaggebende Bedeutung. Alles in allem liegt für die Annahme einer Schädigung der Leber während der Schwangerschaft und einer Insuffizienz bei der Eklampsie nicht die geringste Berechtigung vor. Sowohl morphologische, als auch chemische Untersuchungen, ebenso die klinischen Beobachtungen lassen hierfür völlig im Stich.

Heinrichsdorf (102) kommt auf Grund eigener Untersuchungen und auf Grund kritischer Betrachtung der vorliegenden Literatur zu dem Schluss, dass wir auch vom chemischen Staudpunkt aus bisher nicht zu der Annahme berechtigt

sind, die an und für sich gesunde Leber würde durch die Schwangerschaft als solche geschädigt und mehr oder weniger regelmässig in ihrer Funktionsfähigkeit herabgesetzt und dem Versagen nahegebracht. Im wesentlichen handelt es sich um erhöhte Anforderungen. Bei mangelhafter Anlage oder vorhergehender Schädigung des Körpers werden manche Frauen diesen erhöhten Anforderungen nicht gewachsen sein. Zur Aufstellung des Begriffes der Schwangerschaftsleber im Sinne der mehr oder weniger regelmässigen typischen Funktionsschädigung sind wir beim heutigen Stand unserer Kenntnisse nicht berechtigt. Auch ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Leber und Schwangerschaftstoxikosen lässt sich aus den chemischen Untersuchungen nicht folgern; wir sind bisher auch nicht berechtigt, bei der Entstehung der Eklampsie eine besondere Rolle der Leber anzunehmen.

Benthin (20) fand, dass der Blutzuckergehalt in der Schwangerschaft nicht erhöht ist, unter der Geburt eine Steigerung erfährt, um im Wochenbett wieder zu sinken. Bei den Schwangerschaftstoxikosen, speziell bei der Hyperemesis gravidarum, die mit einer Störung der Leberfunktion in Zusammenhang gebracht wird, findet sich keine Erhöhung des Blutzuckergehaltes. Dagegen findet man bei der Eklampsie nahezu stets ein oft geradezu erstaunliches Anschwellen des Zuckerniveaus. Diese Werte berechtigen aber keineswegs zu der Annahme einer Leberinsuffizienz. Hier sind höchst wahrscheinlich neben anderen toxischen Einflüssen, Reizung des Zuckerstickstoffzentrums etc. vor allem die Krämpfe ausschlaggebend. Wie die Geburtshyperglykämie durch eine infolge des Geburtsaktes erhöhte Muskelmehrarbeit bedingt zu sein scheint, ebenso dürfen auch bei der Eklampsie ähnliche Verhältnisse für den Anstieg des Zuckerspiegels anzuschuldigen sein. Benthin bezeichnet nach seinen Untersuchungen über den Zuckerstoffwechsel die Annahme einer wenigstens gröberen Funktionsstörung der Leber unter den genannten Verhältnissen zum mindesten als aufs tiefste erschüttert.

Gammelthoft (86) fand bei einer grösseren Untersuchungsreihe im Harn von Schwangeren 3—6 % Aminosäurestickstoff, während dieser im Harn von Nichtschwangeren 1—2 % nicht überstieg. Bei Eklamptischen war der Gehalt an Aminosäurestickstoff regelmässig viel höher. Bei Zunahme des Aminostickstoffes hat man es mit einer Leberintoxikation oder einer Leberschädigung zu tun, während die Zunahme des Ammoniakstickstoffes einem Neutralisationsprozess entspricht.

Bergsma (21) beschäftigt sich mit dem Zuckerstoffwechsel in der Schwangerschaft und im Wochenbett. Bei 5 Frauen mit Eklampsie bewegte sich der glykämische Koeffizient 4 mal zwischen mehr oder weniger normalen Grenzen, so dass bei ihnen der Zuckerstoffwechsel nicht als gestört betrachtet zu werden braucht. Einen bedeutenden Einfluss der pathologischen Schwangerschaft auf die Leberfunktion kann man hier also nicht annehmen. Der Autor glaubt demnach nicht, dass bei Eklampsie und Schwangerschaftsniere schlechte Leberfunktion in den Vordergrund zu stellen sei. Seine Ergebnisse fasst er dahin zusammen: 1. Die Beobachtung des Blutzuckers vor und nach Einnahme von Glykose verschafft uns einen viel besseren Einblick in den Zuckerstoffwechsel des Organismus und die Funktionsfähigkeit der Leber als die Untersuchung des Urins auf Glykose. 2. Der Zuckerstoffwechsel in der normalen Schwangerschaft ist nicht gestört. Eine verminderte Leberfunktion ist nicht anzunehmen und der Begriff der Schwangerschaftsleber in diesem Sinne ist nicht anzuerkennen. 3. Die häufige alimentäre Glykosurie in der Schwangerschaft ist nicht auf eine Störung der Leberfunktion zurückzuführen, sondern auf eine physiologische Hyperfunktion der Nierenepithelien. 4. Bei den wenigen untersuchten Fällen von Eklampsie und Schwangerschaftsniere trat eine deutliche Störung des Zuckerstoffwechsels nicht in den Vordergrund. Auf eine hervortretende Leberfunktionsstörung war aus den Untersuchungsresultaten nicht zu schliessen.

Die Schilddrüsentheorie streift Rübsamen (209) in seiner Arbeit über Schilddrüsenerkrankungen in der Schwangerschaft. Zur Illustration der Annahme, dass die Hypofunktion der Schilddrüse zu Eklampsie führe, weist Rübsamen

auf Nicholsons Untersuchungen hin, wonach unter 25 Frauen ohne physiologische Hypertrophie der Schilddrüse in der Gravidität 20 Albuminurien aufwiesen und betont, dass nach Massini bei graviden Hunden mit mangelhafter Funktion der Schilddrüse Erscheinungen von Eklampsie auftreten.

Als direkter Anhänger der thyreoiden Theorie bekennt sich Ward (264).

Walcher (260) hat beobachtet, dass nach Abspritzen von Kolustrum die Eklampsie günstig beeinflusst wird. Er hält daher die mammäre Theorie der Eklampsie nicht für aussichtslos.

Persson (185) tritt sehr für die mammäre Theorie der Eklampsie ein. Die Eklampsia gravidarum und die Paresis puerperalis beim Tier haben so viel gemein, dass man annehmen könnte, dass sie dieselbe äussere Ursache haben (gemeinsamer pathologisch-anatomischer Befund, gemeinsame Prädisposition, gemeinsame Prodrome und Symptome). Die Ursache der Erkrankung ist ein Überschuss an fölaler Nahrung im Blute des mütterlichen Organismus; die Eklampsie ist also eine Folge der im Blute retinierten milchbildenden Substanzen. Beim Rinde entsteht der genannte Überschuss nach der Entbindung durch Versagen einer schon reichlichen Milchabsonderung; bei Frauen während der Gravidität entweder durch eine Dysproportion zwischen Vorrat von fötaler Nahrung und Fähigkeit des Fötus, diese zu verbrauchen oder zur Zeit der Entbindung, durch ungenügende Funktion der Brustdrüsen. Wenn es richtig ist, dass die Leukozyten Träger der fötalen Nahrung sind, kann die Hyperleukozytose bei Graviditätsniere und Eklampsie als ein Zeichen eines im Blute retinierten Überschusses an solcher Nahrung angesehen werden. Die Erstgebärenden, bei denen die Drüsenfunktion der Mamma erschwert ist, werden am häufigsten von der Eklampsie befallen.

Kapferer (121) erklärt die Eklampsie durch erhöhte Reizbarkeit. Danach werden Gefässkrämpfe und Konvulsionen als reflektorische Erscheinungen gedeutet.

Bovis (27 u. 28) glaubt, dass bei Eklamptischen die psychopathische Vulnerabilität das wichtigste Moment zur Entstehung der Eklampsie darstelle, weil man bei Eklamptischen oft hereditäre psychopathische Belastung und Degenerationszeichen nachweisen könne.

Als Bildungsstätte des eklamptischen Giftes vermutet Kerr (127) die Uterusmukosa. Er glaubt, dass die zerstörende Wirkung des Trophoblasten auf die Mukosa zur Toxinbildung führt.

Carr (37) glaubt, dass das Eklampsiegift durch die Wehen vom Uterus ins mütterliche Blut ausgepresst wird.

Liègeois (152) berichtet über ein aus den Fäzes Eklamptischer isolierbares Gift, das durch Holzkohle fixiert werden kann. Auch Smyly (225) erörtert die Möglichkeit, dass der Darmtrakt die Giftquelle sei.

Der Jahreszeit wird ein zum Ausbruch der Eklampsie disponierendes Moment zuerkannt. Nach Chipmann (41 u. 42) ist in Kanada die Eklampsie im Winter und Herbst besonders häufig. Bei ausgebrochener Eklampsie ist eine stärkere Beteiligung der Leber prognostisch ungünstiger als eine Nierenaffektion.

Auf die Bedeutung meteorologischer Momente beim Ausbruch der Eklampsie weisen Haultain (100), Poten (193), Rüder (210), Buck (31), Scharlich (213) hin.

Olin (178) stellt das Eklampsiematerial aus der Klinik zu Helsingfors zusammen nach Jahreszeiten, Geburtenzahl, Alter, Geburtsperiode. 75 % der an Eklampsie erkrankten sind Erstgebärende, 25 % Mehrgebärende.

Kerr (127) meint, dass die Mehrgebärenden aus früheren Schwangerschaften einen Vorrat von Antikörpern haben und darum später eine relative Immunität gegen Eklampsie besitzen.

Auch der Art der Ernährung wird eine Bedeutung zuerkannt [Haultain (100), Scharlich (213)]. Nach Haultain (100) gibt es in Madrass sehr viele

Eklampsien, dort herrscht im Gegensatz zu Edinbourgh ein heisses feuchtes Klima, in der Nahrung fehlt Fleisch und Alkohol; aber häufig sind dort junge Erstgebärende mit Zwillingen oder Hydramnion.

Nach Heard (101) ist die Eklampsie bei den vegetarisch lebenden, sehr viel Milch geniessenden Frauen in Indien, im heissen trockenen Klima, auch in grosser Höhe, sehr häufig.

In Algier ist nach Lafont (137) die Eklampsie sehr häufig aber nicht unter den Eingeborenen, vielleicht weil die Emigranten fremder Nationen so viel Gesalzenes essen, die Eingeborenen dagegen vorwiegend Vegetabilien, Stärkemehl, Milch etc. Vielleicht besteht ein Zusammenhang mit dem Sumpffieber. Die meisten Fälle treten im Herbst und Winter auf.

Soubeyran (226) berichtet über Eklampsie bei Zwillingsschwangerschaft und Blakmore (23) über Eklampsie bei Drillingsschwangerschaft.

Über Eklampsie in der Frühschwangerschaft, in der 22. Woche, berichten Chambrelent (39) und Boissard (25).

Über die Kombination von Eklampsie mit Hydrocephalus und Fibroiden berichtet Florence Willy (72) und über Eklampsie bei Missgeburt Ladinsky (136).

Ballantyne (10) bespricht die Ätiologie und Pathogenese der Eklampsie. In der Ätiologie sind zu berücksichtigen einmal Mikroben. Diese Theorie findet eine Stütze in dem periodischen Auftreten von Eklampsien, hat aber sonst wenig für sich. Eine weitere Rolle spielen Veränderungen im mütterlichen Organismus: Insuffizienz der Niere, der Leber, Störungen des Magendarmtraktus (Obstipation), Erkrankungen der Thyreoidea und Parathyreoidea, der Nebennieren, der Hypophysen, der Brustdrüsen und des Corpus luteum. Endlich werden durch den Inhalt des Uterus Toxine gebildet. Ein Ausweg aus diesem Wirrwarr von Theorien und Hypothesen kann erst gefunden werden, wenn die biochemischen und physiologischen Details der normalen Schwangerschaft näher bekannt sind. Zuerst muss man sich fragen, was ist die Ursache der völlig harmonierenden Symbiose zwischen Mutter und Fötus bei der normalen Schwangerschaft. Nach den neueren Arbeiten scheint es sich dabei um protektive Enzyme im Blute der Mutter zu handeln.

Heinrichsdorf (103) berichtet über eine Eklampsieleber unter dem pathologisch-anatomischen Bilde der Muskatnussleber bei Fehlen aller klinischen Symptome. Im Anschluss an eine Zangenentbindung und mässige Blutung erfolgte etwa eine halbe Stunde nach der Entbindung der Tod unter den Zeichen stetig zunehmender Herzschwäche. Das Herz war sehr schlaff, die Muskelwand des Herzens rötlich gelb und sehr brüchig. Die Leber bot das Bild der Muskatnussleber. Man dachte zunächst an Tod infolge Entartung des Hersmuskels und sekundäre Leberstauung. Bei der genaueren histologischen Untersuchung fanden sich aber in der Leber die Zeichen der Eklampsieleber. Da die Krämpfe ausgeblieben waren, muss man annehmen, dass die Leberveränderungen dem Auftreten der Konvulsionen vorausgehen können und dass der Tod eintrat, ehe das klinische Bild sich entwickeln konnte.

Bezüglich der anatomischen Veränderungen der Leber in der Schwangerschaft bespricht Heinrichsdorf (102) zunächst die Veränderungen bei akuter gelber Leberatrophie, dann bei Eklampsie und anderen Schwangerschaftstoxikosen. Bei der Eklampsie finden sich Leberveränderungen 1. infolge von Gefässthrombose und 2. infolge von Intoxikation (degenerative Prozesse). Die durch Gefässthrombose bedingten Veränderungen sind ischämische und hämorrhagische Nekrosen mit nachfolgender bindegewebiger Veränderung. Bei der Hyperemesis finden sich in der Leber degenerative Parenchymprozesse infolge toxischer Schädigung. Beim rezidivierenden Schwangerschaftsikterus findet man in der Mitte der Leberazini Fettinfiltration, Gallenstauung und in der Peripherie Glykogen. Auf diese Befunde lässt sich vielleicht der Begriff Schwangerschaftsleber anwenden, doch muss man mit dieser Bezeichnung sehr vorsichtig sein.

Teacher (245) fand, abgesehen von einigen Fällen puerperaler Krämpfe infolge Urämie oder Läsion des Nervensystems bei Eklampsie die von Schmorl (220) beschriebenen Leberveränderungen. Zwischen Schwere der Veränderungen und Schwere des klinischen Bildes, Zahl der Krämpfe etc. bestehen keine Beziehungen. Die anatomischen Veränderungen sind der Genesung hinderlich, aber sie sind nicht die Ursache der Eklampsie. Der spezielle Charakter der Läsionen kann auf die hohe Gerinnungsfähigkeit des Blutes in der Schwangerschaft zusammen mit der Schädigung der Kapillargefässwände auf das Eklampsiegift bezogen werden. So sehr die Leberveränderungen bei Klapperschlangenvergiftung denen bei Eklampsie gleichen, sind die beiden Zustände doch nicht identisch.

Nach Pollak (190 u. 191) bestehen die Leberveränderungen bei Toxämie der ersten Schwangerschaftshälfte (Hyperemesis) in Nekrosen der Lobuli, die im Zentrum beginnen, während man bei Toxämie in der späteren Zeit (Eklampsie) perilobuläre Thrombosen findet, von denen aus sich die Nekrosen nach dem Zentrum der Läppchen hin fortsetzen.

Über Gehirnblutung bei Eklampsie berichtet Rubintschick (208). Unter 9 Fällen von Eklampsie fand er 7 mal eine Gehirnblutung, die direkt die Todesursache darstellte. Zweimal handelte es sich um nur punktförmige Blutungen. Die Lokalisation der Blutung ist unbestimmt. Als Ursache kommen in Betracht arteriosklerotische, degenerative und syphilitische Gefässerkrankungen, hauptsächlich aber spielen die Gefässveränderungen infolge einer gleichzeitig bestehenden Nephritis und des dadurch gesteigerten Blutdruckes beim Zustandekommen der Gehirnblutungen eine Rolle.

Liebich (151) berichtet über eine Blutung in die Rückenmarkssubstanz bei Eklampsie. Die Rückenmarksblutung hatte zu klinischen Erscheinungen geführt, die auf Unterbrechung sämtlicher Bahnen hindeuteten. Da man keine Anhaltspunkte für akute Myelitis, Poliomyelitis oder Spondylitis fand, so blieb nur die Annahme einer Hämatomyelie übrig. Der Zeitpunkt der Blutung lässt sich nicht mit Bestimmtheit angeben, da die Patientin in der ersten Stunde der klinischen Beobachtung schwer komatös war. Als sie erwachte, war das genannte Krankheitsbild voll entwickelt. Der Verfasser glaubt, dass die Rückenmarksblutung eine durch die Eklampsie bedingte Erkrankung ist und nicht zufällig neben ihr herging. Die für eine primäre Rückenmarksblutung ätiologisch angeschuldigten Momente, Muskelanstrengung, Blutdrucksteigerung, Gefässerkrankung etc. sind bei der Eklampsie vorhanden.

Über Eklampsie ohne Krämpfe berichten Gottschalk (89), Voron und Gonnet (257) und Schmid (216). In dem von Gottschalk mitgeteilten Falle fanden sich alle typischen Eklampsieveränderungen in ausgeprägter Form. Besonders auffallend war das Auftreten von Plazentarzottennekrosen. Die Zottennekrose begann fast ausschliesslich in der Peripherie und schritt nach dem Zentrum zu fort. Es musste daher das mütterliche Blut die Abbauprodukte der Zotten direkt in sich aufnehmen und den Nieren zuführen. Es steht darum der Ausbruch der Eklampsie in einem Abhängigkeitsverhältnis zu der gestörten Nierenfunktion.

Über Pseudoeklampsie berichten Croom Halliday (44) und Polano (188). In den zwei von Polano mitgeteilten Fällen wurde jedesmal wegen vermeintlicher Eklampsie Schnellentbindung vorgenommen. In beiden Fällen fehlte der für die Eklampsie charakteristische pathologisch-anatomische Befund. In dem einen Falle lag wahrscheinlich eine chronische Arsenvergiftung und im anderen eine Bakteriämie vor.

Vallois und Delmas (250) beschäftigen sich mit der Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen Eklampsie und Epilepsie. Eine 29 jährige I gravida starb im 3. Monat der Schwangerschaft, nachdem sie mehr als 200 Anfälle gehabt hatte. Im Urin waren Spuren von Albumen und Zylinder. Seit Beginn der Menstruation litt sie an Anfällen, denen gastrische Krisen vorausgingen. Die Diagnose

lautete „Eklampsie“, die deshalb so schwer und so früh eintrat, weil es sich um eine Epileptika handelte. Bei der Obduktion fand man nur an Stelle des Corpus luteum eine Zyste.

Puech (197) glaubt, dass bei der Differentialdiagnose zwischen Epilepsie und Eklampsie die grosse Zahl der Anfälle und der normale Blutdruck für Epilepsie sprechen.

Daunay (47) glaubt, dass man den positiven Ausfall der Wassermannschen Reaktion mit grösster Vorsicht aufnehmen müsse, da bei Eklampsie der positive Ausfall häufig auf die Gegenwart von anormalen, vorübergehend im Serum befindlichen Stoffen zurückzuführen sei. Die Wassermannsche Reaktion ist namentlich bei Eklampsie mit starkem Ikterus oft positiv und dann ein prognostisch ungünstiges Zeichen.

Cammaert (36) beschäftigt sich mit der prognostischen Bedeutung von Parästhesien, Hautjucken, ziehenden Schmerzen in Beinen und Bauch bei Albuminurie. Er vermutet, dass in diesen Erscheinungen Frühsymptome der drohenden Eklampsie zu erblicken seien.

Zinsser (273) studiert die Frage der prognostischen Bedeutung der Nierenstörung bei Eklampsie. Die Funktionsstörung bei Eklampsieniere besteht im wesentlichen in Störung der Ausscheidung von Wasser und Chloriden. Die ödematösen, also aus einer Schwangerschaftsniere hervorgegangenen Eklampsien werfen erhebliche Mengen, offenbar retinierter Chlorsalze aus. Da manche Nephritisformen ihren funktionellen Ausdruck in einer Beschränkung der Chlorausfuhr finden, musste man sich fragen, ist eine unter dem Bilde der Chlorinsuffizienz verlaufende Funktionsstörung der Niere ein konstantes Begleitsymptom der Eklampsie? Beherbergt jede Eklamptische abnorme Chlormengen, deren Retention dem Ausbruch der Krämpfe vorausgegangen sein muss? Zinsser fand, dass die meisten Eklampsien nach Schwangerschaftsniere auftreten. Dabei haben wir es zu tun mit einer erheblichen Kochsalzretention und es kommt ganz darauf an, wie der Körper nach der Geburt sich des Kochsalzüberschusses zu entledigen vermag. Ein plötzlicher und dauernder Chlorsturz bei hydropischen Eklamptischen, für den sich keine andere klinische Erklärung findet, setzt eine schwere, meist tödlich endende Vergiftung voraus. Ist die Chlorausscheidung gut, dann ist die Prognose gut, auch bei klinisch schwerem Bild. Ein Nachteil der Methode ist, dass der Chlorsturz erst relativ spät eintritt.

Über die prognostische Bedeutung der Urinsekretion berichtet Lemaire (140). Nach 5tägiger Anurie wurde eine künstliche Fehlgeburt eingeleitet, danach setzte sofort die Urinsekretion ein, die Anfälle hörten auf, trotzdem kam es zum Koma und zum Exitus.

Lepage (141) studiert die Zukunftsprognose der Albuminurie bei Schwangeren. An 38 Frauen mit Eklampsie ergab sich, dass die Zukunftsprognose günstiger ist, wenn die Eklampsie in der ersten Schwangerschaft auftrat als da, wo sie erst in der zweiten oder dritten Schwangerschaft sich entwickelte. In einer grossen Mehrzahl der Fälle erscheint das Eiweiss während einer neuen Schwangerschaft nicht wieder. Selten tritt es am Ende der Schwangerschaft auf, ohne dass es zur Eklampsie kommt. Solche Frauen müssen sorgfältig hinsichtlich der Qualität und Quantität des Harns überwacht werden, die Diät muss aus Milch und Wasser bestehen, kochsalzfrei sein. Der Blutdruck muss sorgfältig überwacht werden, eventuell sind Aderlässe nötig.

Raven (200) stellt die Prognose um so günstiger, je mehr die Frau in der Schwangerschaft überwacht wird, je diätetischer sie lebt und je früher eine Albuminurie erkannt wird.

Nach Veit (252) ist die Prognose um so schlechter, je länger die Eklampsie unbehandelt bleibt, je zahlreicher die Anfälle auftreten.

Chipmann (42) unterscheidet zwischen „Nierenfällen“ und „Leberfällen“. Die Nierenfälle sind die leichteren, die Leberfälle sind die schwereren.

Hotaling (112) misst einer sorgfältigen Harnanalyse bei allen Graviditätstoxikosen eine ausschlaggebende prognostische und diagnostische Bedeutung zu. Besonders wichtig ist die Feststellung des Ammoniakstickstoffes, er beträgt in der Norm 4—5 %, bei Toxikosen 10—40 %. Bei Hyperemesis ist darum z. B. der Abort indiziert, wenn der Ammoniakstickstoff 10 % übersteigt und durch Diät nicht herabgedrückt werden kann. Bei präeklamptischen Erscheinungen ist die Bestimmung des Ammoniakstickstoffs wichtig, sie lenkt auf die Gefahr der Eklampsie hin, bei der der Ammoniakstickstoffgehalt erheblich gesteigert ist.

Harrold Bailey (8) legt grossen Wert auf das Verhalten des Blutdrucks. Steigt der Blutdruck auf 150 mm, dann deutet das auf eine drohende Eklampsie hin und fordert zur Therapie auf.

Über Eklampsie in wiederholter Schwangerschaft berichten Wilson (268) und Lamers (137a). Wilson beobachtete in 3 aufeinanderfolgenden Schwangerschaften Eklampsie, so dass man an renalen Ursprung der Krämpfe dachte.

Auf dem Kongress der französischen geburtshilflichen Gesellschaft referierten Bar und Commandeur (12) über Pathologie und Therapie der puerperalen Eklampsie. Bar betont, dass selbst bei guter Nierenfunktion ein tödlicher Ausgang der Eklampsie möglich ist. Ebenso gehen Störungen in der Nierentätigkeit nicht notwendigerweise den Anfällen voraus, wenn auch eine ungenügende Funktion die Regel ist. Die sogenannten typischen Leberveränderungen sind nicht pathognomonisch. Die Rolle des Blutdrucks für die Genese der Eklampsie ist durchaus noch nicht geklärt. Die Auffassung der Eklampsie als Reflexneurose hat heute nur wenig Anhänger, ebenso die Ansicht, dass die Eklampsie eine bakterielle Infektion sei. Für die Erklärung der Eklampsie als Toxämie gibt es manche Gründe, eine Beziehung zur Anaphylaxie ist möglich. Commandeur bespricht die Therapie. Trotz aller Anstrengungen ist die Therapie keine kausale, sondern eine symptomatische. Dem namentlich von Deutschland empfohlenen aktiven Vorgehen haben sich die Franzosen nicht angeschlossen, sie legen den Hauptwert auf eine medikamentöse Behandlung und sorgen erst in zweiter Linie für eine beschleunigte Entbindung. Die verschiedenen Behandlungsarten teilt er ein in prophylaktische, medizinische, geburtshilfliche und chirurgische. Das wichtigste scheint dem Verfasser die Wiedergeburt des Aderlasses zu sein.

Kermauner (126) beschäftigt sich in übersichtlicher gedrängter Kürze mit den verschiedenen Erklärungsversuchen der Eklampsie und mit der Therapie. Er entrollt mit wenigen Strichen das ganze komplizierte Bild der Streitfragen über die Eklampsie.

Unter „interkurrenter Eklampsie" versteht Lichtenstein (145, 146, 148) Eklampsien, in denen die Krämpfe mindestens 12 Stunden vor der Geburt aufhören. Unter 45 Fällen beobachtete er 16 interkurrente Formen, also 40 %. Sie spielen bei der Berechnung des Wertes der Schnell- und Frühentbindung eine wichtige Rolle.

Für die Fälle von Eklampsie ohne Krämpfe schlägt Bar (12) den Namen „Eklampsismus" vor.

In der Therapie stehen sich die aktive und die konservative Richtung gegenüber. Die Resultate der operativen Entbindung, mit der die mütterliche Mortalität von 30 % auf 15—20 % herabgesetzt wurde, haben sich in der letzten Zeit nicht mehr wesentlich gebessert. Freund (78) zieht aus einem Material von 551 Fällen für die Behandlung folgende Schlüsse: da wir die Prognose ante partum nicht stellen können, so müssen wir unterschiedslos jede Eklamptische entbinden, selbst auf die Möglichkeit hin, dass wir eine unnötige Therapie treiben, indem die Patientin spontan genesen könnte und auch auf die Möglichkeit hin, dass wir mit unserer Hilfe zu spät kommen, indem die Vergiftung bereits zu irreparablen Schäden geführt hat. Ganz besonders wichtig ist die Frühentbindung, d. h. die Entbindung nach dem ersten Anfall und innerhalb der ersten Stunden nach dem Ausbruch der Erkrankung, bei der Freund eine mütterliche Mortalität von 0 % herausrechnet.

Die Wirkung der Frühentbindung hängt mehr ab vom Zeitintervall zwischen dem ersten Anfall und vollendeter Nachgeburtsperiode, als von der Zahl der der Entbindung vorausgegangenen Anfälle. Nach der Entbindung müssen prognostische Hilfsmethoden einsetzen, die uns über die Notwendigkeit etwaiger weiterer Massnahmen unterrichten. Betäubungstherapie taugt nichts; Aderlass ist bei Eklampsien nach der Geburt mit hartem Puls empfehlenswert. — Staude (230) befürwortet Frühentbindung.

Liepmann (154) bewegt sich mit seinen therapeutischen Vorschlägen ganz in den Bahnen von R. Freund. Er empfiehlt Frühentbindung, Aderlass bei geringem Blutverlust, Isolation und Ruhe.

Voigts (254, 255) berichtet über die Eklampsietherapie an der Bummschen Klinik. Die Stroganoffsche Methode wurde verlassen. Bei Nephritis in der Schwangerschaft wird prophylaktisch entbunden. Bei ausgebrochener Eklampsie kommt, wenn irgend möglich, Frühentbindung zur Anwendung. Ist es zur Frühentbindung zu spät, dann kommt Schnellentbindung. Nach Frühentbindung beträgt die mütterliche Mortalität 5 %, nach Schnellentbindung steigt sie bis zu 15 %. In allen Fällen wird vom Aderlass ausgiebiger Gebrauch gemacht.

Olin (178) vertritt auf Grund der Erfahrungen an 350 Eklampsien der Frauenklinik in Helsingfors den Standpunkt der Schnellentbindung. Die mütterliche Mortalität betrug danach 18,6 %, während sie nach Spontangeburten 26,7 % beträgt. Die Prognose der Eklampsie ist um so besser, je schneller die Geburt zu Ende geführt werden kann.

Weitere Anhänger der Schnellentbindung sind Harrison (99), Olshausen (180), Poten (193), Stöckel (233).

Zur Schnellentbindung wird vielfach der vaginale Kaiserschnitt empfohlen (Bauereisen [15], Beckmann [17], Bogdanow [24], Chipmann [41 u. 42], Lamers [137a], Nawitkoff [175], Olin [178], Pobedinsky [187], Sauter [212], Staude [230]).

Byers (33), Routh (207) und Ballantyne (10) lehnen den vaginalen Kaiserschnitt ab. Hussey macht ihn vom Zustand des Muttermundes abhängig. Wenn Metreuryse möglich ist, soll sie angewendet werden, während der vaginale Kaiserschnitt in sein Recht tritt bei geschlossenem rigidem Muttermund. Alte Erstgebärende mit enger Scheide und straffem Damm müssen aber ausgeschlossen werden; bei ihnen empfiehlt sich der klassische Kaiserschnitt.

Michailow (166 u. 167) betont, dass beim klassischen Kaiserschnitt die Extraktion des Kindes leichter ist als beim vaginalen.

Nach Kosmak (131) soll der vaginale Kaiserschnitt bei Eklampsie erst in Anwendung kommen, wenn alle anderen Hilfsmittel zur Erzielung einer schnellen Entbindung erschöpft sind. Zunächst soll man die Eklampsie mit konservativen Methoden zu bekämpfen suchen, da in vereinzelten Fällen auch nach der Entbindung die Anfälle nicht aufhören und da der vaginale Kaiserschnitt für später unter Umständen unerwünschte Folgen haben kann. Bei hohem Damm und engem Becken empfiehlt sich an Stelle des vaginalen Kaiserschnittes der abdominale Weg.

Griffith (91) stellt über die chirurgische Behandlung die Regel auf: Töte deine Patientin nicht durch deine Bemühungen, ihr das Leben zu retten!

Harrold Bailey (8) weist nach, dass die Schnellentbindung eine Blutdrucksenkung bis zu 100 mm zur Folge haben kann. Eine weitere Herabsetzung des Blutdruckes ist nicht ratsam. Ist der Blutdruck trotz Entleerung des Uterus zu gross, dann soll man depressorische Medikamente mit peripherem Angriff anwenden, da bei Verwendung zentralangreifender Substanzen plötzlicher Druckabfall und tödlicher Kollaps eintreten kann.

Chiaje (40) betont, dass die mütterliche Mortalität bei medikamentöser Behandlung weit höher ist als bei der chirurgischen und vertritt darum die Schnellentbindung mit Dilatation nach Bossi und Forceps. Die Bossische Dilatation

ist nur da gefährlich, wo auch jede andere Methode der Dilatation Gefahren bringt. Demgegenüber behauptet Pinard (186), dass die Überlegenheit der chirurgischen Behandlung nicht erwiesen sei.

Moran (171) zieht den vaginalen Kaiserschnitt der Bossischen Dilatation vor.

Bellingham Smith (19 u. 222) erzielte bei 79 konservativ behandelten Fällen von Eklampsie eine mütterliche Mortalität von 16,1 % gegenüber von 15 % bei 112 Fällen mit vaginalem Kaiserschnitt. Er empfiehlt darum für die Privatpraxis ein mehr konservatives Verfahren: Morphium, Chloroform, Anregung der Diaphorese. nur wo man gar nicht zum Ziel kommt, soll entbunden werden.

de Vrieze (258) berichtet über 118 Eklampsien der Amsterdamer Frauenklinik. Die Behandlung bestand in grossen Dosen Morphium, bis zu 30 und 40 mg als Einzeldosis, subkutaner und intravenöser Kochsalzinfusion, dann und wann Aderlass bis zu 600 g. Wenn nötig und angängig Entbindung durch Zange oder Wendung. Die mütterliche Mortalität betrug 26,4 %. Von grossem Wert ist die Prophylaxe bei Albuminurie in der Schwangerschaft. In der Klinik, wo man darauf achtet, beträgt die Häufigkeit der Eklampsie nur 0,048 %, ausserhalb der Klinik dagegen 0,109 %.

Engelmann (63) empfiehlt eine „Therapie auf der mittleren Linie". Die richtige Mitte zwischen einem hyperaktiven und einem extrem konservativen Standpunkt dürfte das aussichtsreichste Verfahren zur Behandlung der Eklampsie sein. Die Behandlung soll bestehen in Isolieren der Patienten, Fernhalten von Reizen, Ausführung aller Eingriffe in Chloroform, Aderlass mit nachfolgender Infusion, Chloralklysmen, Beschleunigung oder Einleitung der Geburt durch Blasensprung oder Metreuryse, künstliche Entbindung, sobald es ohne wesentliche Gefahr möglich ist. Seitdem von der prinzipiellen Frühentbindung Abstand genommen wurde, haben sich die Resultate gebessert. Unter 53 konservativ behandelten Fällen ergab sich eine mütterliche Mortalität von 11,3 %.

Stroganoff (236—239) trat an verschiedenen Stellen für seine Methode der Eklampsiebehandlung ein. Er führt aus, da die Ursache der Eklampsie unbekannt ist, so kann es gegenwärtig keine kausale Therapie im strengen Sinne des Wortes geben. Die prophylaktische Methode hat bis jetzt die besten Resultate erzielt. Vom Standpunkt der Theorie der Reizwirkung scheint sie ganz rationell. Aber auch vom Standpunkt der Intoxikationstheorie ist sie rationell. Die Wirkung von Chloralhydrat bei Eklampsie ist der Wirkung der sogenannten physiologischen Antagonisten bei Vergiftung ähnlich. Die Vermischung verschiedenartiger Narkotika vergrössert ihre Potenzierung, so dass wir imstande sind, kleinere Dosen anzuwenden, wodurch ihre giftige Wirkung vermindert wird. Die mütterliche Mortalität betrug 8,9 % und die kindliche 22 % der lebensfähigen Kinder.

Der Stroganoffschen Methode lehnen sich an Baumm (16), Davis (48, 49), Kapferer (121), Steiger (232). Direkt dagegen aufgetreten sind R. Freund (82), Zinsser (274).

Keller (124) hat keine günstige Wirkung gesehen, er betont aber, dass die Beurteilung schwer sei und dass ein Urteil erst nach grösserer Erfahrung gefällt werden könne.

Strassmann (235) hebt hervor, dass der Praktiker mit dem vaginalen Kaiserschnitt nichts anfangen könne, wohl aber in der Stroganoffschen Methode eine auch für ihn durchaus durchführbare Behandlungsmethode besitze.

Zoeppritz (275) empfahl in einem Vortrag auf der Nordwestdeutschen Gesellschaft für Gynäkologie die Stroganoffsche Methode. In der Diskussion betont Rüder (210), dass man selbst an grösseren Serien nicht ohne weiteres die Behandlungsresultate sich gegenüberstellen dürfe, da die einzelnen Fälle von Eklampsie ganz verschieden geartet seien. Seiner Erfahrung nach hat die Stroganoffsche Methode keine nennenswerten Erfolge. Das wichtigste in der Behandlung der Eklampsie ist seiner Ansicht nach die Prophylaxe durch Urinuntersuchung.

Ferguson (71) berichtet über 3 Fälle von Eklampsie im 7.—8. Schwangerschaftsmonat, die mit Chloralhydrat, Morphium, heissen Packungen behandelt wurden. Sie heilten aus und kamen am normalen Ende der Schwangerschaft nieder, nur eines der Kinder war abgestorben.

Holste (110) modifiziert das Stroganoffsche Verfahren insofern etwas, als er in schweren Fällen und in leichten Fällen dann, wenn nach 1 Stunde keine deutliche Besserung zu verzeichnen ist, die Eröffnung der weichen Geburtswege durch Metreuryse beschleunigt. In der Vermeidung von Reizeinflüssen ist er nicht so ängstlich wie Stroganoff.

Hopkins (111) weist nach, dass die der Stroganoffschen Methode vorgeworfene Giftigkeit des Chloralhydrats nicht so schlimm ist. In der Leber fand er nur geringe Veränderungen und in der Niere gar keine.

Davis (49) und Steiger (232) verwenden an Stelle des Chloralhydrats Morphium und Atropin. Durch das Atropin soll die nachteilige Wirkung des Morphiums auf die Respiration aufgehoben werden.

Nach Schiller (215) wirkt das Paraldehyd als Narkotikum ebenso prompt wie das Chloralhydrat, ohne aber Respiration, Zirkulation und Stoffwechsel zu stören.

Smyly (225) erklärt sich die Wirkung des Morphiums durch Herabsetzung der Gefässkrämpfe. Ausserdem empfiehlt er Entleerung des Uterus, Calcium lacticum, Entleerung des Darmes, pflanzensaure Salze, um die Leber zur Bildung von Antithrombin anzuregen, normales Schwangerenserum, Vermeidung von physiologischer Kochsalzlösung.

Als nachteilige Wirkung des Morphiums berichtet Risseuw (201) über den Tod von 2 Kindern, den er auf das Morphium zurückführt. Auch Benthin (20) betont, dass die Narkotika die Kinder schädigen können. Sauter (212) scheut sich vor Chloroform aus Rücksicht auf die Leber.

Rouvier (202) empfiehlt Magendarmspülung zur Verhinderung der Aufnahme von Toxinen, flüssige Diät, Helmitol als gutes Diuretikum und internes Antiseptikum und endlich Morphium.

Skeel (224) empfiehlt gründliche Entleerung des Darmes, um die Reizbarkeit zu den Anfällen zu vermindern. Ausserdem sollen Nieren- und Hautsekretion angeregt werden.

Nach Newel (176) muss hauptsächlich für eine Darmentleerung durch Einläufe und Abführmittel gesorgt werden, da das eklamptische Gift hauptsächlich durch den Darm ausgeschieden wird.

Cooke-Hirst (106) empfiehlt den Blasenstich, um durch den Abfluss des Fruchtwassers den allgemeinen Blutdruck herabzusetzen. Ausserdem sollen Magenspülungen, Darmentleerung, Aderlass usw. vorgenommen werden.

Zangemeister (271) sieht die Eklampsie als eine Art Reflexepilepsie an. Durch die Wehen werden im Gehirn reflektorisch Gefässkrämpfe hervorgerufen, die zur Anämie führen. Ein Gehirn, das infolge eines bestehenden Ödems unter höherem Druck steht, reagiert mit Krämpfen. Auf Grund dieser Vorstellung versuchte er die Eklampsie günstig zu beeinflussen durch Druckentlastung mittelst Trepanation, die auch Bovis (28) empfiehlt.

Volland (256) sah eine Besserung der eklamptischen Krämpfe nach Verabreichung von salizylsaurem Natrium. Im Anschluss an die Zangemeisterschen Vorstellungen glaubt er, dass durch den eintretenden Schweissausbruch das Gehirnödem schwand.

Durch die Bemühungen von Zweifel (277 u. 278) und Lichtenstein (2, 145—150) gewinnt in der Behandlung der Eklampsie der Aderlass wieder an Bedeutung. Zweifel führt aus, dass die frühere Annahme, das Blut Eklamptischer sei dünner und wasserreicher als das Gesunder nicht zu Recht besteht, vielmehr ist es dicker als in der Norm. Damit fällt der Hauptgrund, der einst zur Ver-

werfung des Aderlasses bei der Eklampsie führte, weg. Nach seiner Erfahrung hörten die Anfälle fast ohne Ausnahme nach dem Aderlass auf. Der Aderlass hat sicher nie geschadet, aber nach dem allgemeinen Eindruck sehr oft lebensrettend gewirkt. Da das Blut verdickt ist, verbieten sich Schwitzkuren, um nicht dem an und für sich schon verdickten Blut noch mehr Wasser zu entziehen. An 84 Fällen betrug die mütterliche Mortalität 5,9 %. Die letzten 64 Fälle sind nacheinander in Heilung ausgegangen.

Lichtenstein (148) empfiehlt die abwartende Eklampsiebehandlung, Aderlass und Stroganoffsche Methode. Der Aderlass wird, wenn möglich, primär zu 500 ccm gemacht, ohne Abwarten weiterer Krämpfe. Er wirkt durch teilweise Entgiftung und durch Erniedrigung des Blutdruckes. In 60 % der Fälle hören die Anfälle nach Einleitung der Behandlung auf. Die aktive Therapie ist darum zu verlassen, ihre Statistik ist ausserdem nicht richtig.

Für den Aderlass treten ausserdem ein Alexander (2), Dienst (50), Dietel (52), Eylenburg (67), Knierim (130), Schiller (215) usw. Im Anschluss an den Aderlass wird intravenöse Infusion von Natrium bicarbonicum empfohlen [Zweifel (278, 279), Backhaus (7), Kuhlenkampf (135), Lichtenstein, Steiger (232) und Chlorkalzium (Ballantyne 10)].

In einer anderen Arbeit begründet Lichtenstein (149) den Aderlass in der Behandlung der Eklampsie. Er hebt zunächst hervor, dass die bisherigen Statistiken anfechtbar sind, dass ausserdem in vielen Fällen die Anfälle nach der Entbindung nur in 30 % aufhörten. Ein grosser Unterschied bei den verschieden entbundenen Eklamptischen liegt in der Grösse des Blutverlustes. Die Wochenbetteklampsien haben im Durchschnitt den kleinsten Blutverlust, weil ihnen meistens eine spontane Entbindung vorausging. Der Durchschnittsblutverlust bei Eklampsie beträgt 500 ccm, um 100—150 ccm mehr als in der Norm. Dieser Blutverlust von 500 ccm wird von 40 % der operierten Eklamptischen überschritten. Die Frauen, bei denen die Krämpfe nach der Entbindung aufhörten, hatten zirka um die Hälfte mehr Blut verloren als die, bei denen sie nicht aufhörten. Damit erweist sich also der Erfolg der Früh- und Schnellentbindung nicht als eine Folge der Entleerung des Uterus, sondern als eine Folge des Blutverlustes. Die am meisten kausale Behandlung der Eklampsie ist darum die Blutentziehung, weil sie am schnellsten den Organismus der Mutter wenigstens teilweise entgiftet. Dass man nicht unbedingt jede Eklampsie entbinden muss, beweist die selbstheilende oder interkurrente Eklampsie, bei der trotz fortbestehender Gravidität die Eklampsie aufhört und die Gravidität oft mit lebendem Kind das normale Ende erreicht, ohne dass Eklampsie wiederkehrt.

In einem Vortrag in der Berliner Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie empfiehlt Ohlshausen (180) den Aderlass besonders dann, wenn nach der Entbindung die Krämpfe nicht aufhören. In der Diskussion betont Keller (125), dass die Wirksamkeit der verschiedenen Therapie schwer zu beurteilen sei, weil Entbindung und Aderlass bald erfolgreich, bald erfolglos scheinen.

Nagel (174) legt auf den Aderlass grosses Gewicht und glaubt, dass die Wirksamkeit des Kaiserschnittes auf den dabei zustande gekommenen Blutverlust zurückzuführen sei.

Aschheim (5 u. 6) betont, dass ein Aderlass von 500 ccm vor der Entbindung unter Umständen bedenklich sei, da man nicht weiss, ob bei der Entbindung selbst noch ein grosser Blutverlust entsteht.

Douglas (58) glaubt, dass die Wirksamkeit des Aderlasses darin beruhe, dass er die Bildung der Antikörper anrege, ähnlich wie bei aktiv immunisierten Tieren eine Blutung sofort von einer Vermehrung der Antikörper im Blute gefolgt sei.

Sippel (223) behandelt die Erfolge der Nierendekapsulation. Nicht die Eklampsie als solche gibt die Indikation zur Nierenentkapselung, sondern die

gehemmte Nierentätigkeit. Es soll darum nicht die Eklampsie als solche beeinflusst werden, sondern die Urinsekretion. Die Nierendekapsulation ist ungefährlich, namentlich besteht keine Gefahr der sekundären Nierenschrumpfung. Man soll die Nierendekapsulation nur machen, wenn durch eine starke und dauernde qualitative und quantitative Herabsetzung der Urinsekretion die Prognose der Eklampsie erheblich verschlechtert ist.

Für die Nierendekapsulation treten ein Kallmann (120), Schrimpf (219), Prosorowski (195), Illstein (117), der sie für die Wochenbettseklampsie empfiehlt.

Poten (192) stellt 102 Fälle von Nierendekapsulation aus der Literatur zusammen und kommt zu dem Ergebnis, dass ein Nutzen für die eklamptischen Frauen durch die Nierendekapsulation nicht nachweisbar ist. Die Operation hat sich nicht nur praktisch als nutzlos erwiesen, sondern verspricht auch theoretisch keinen Erfolg.

Nach Balser (11) sind die theoretischen Voraussetzungen für die Begründung der Nierendekapsulation nicht genügend sicher gestellt. Die Indikationsstellung ist so unbestimmt wie kaum bei einem zweiten operativen Eingriff. Der Erfolg der Operation lässt sich zahlengemäss nicht mit einiger Sicherheit angeben. Die Operation stellt einen groben Eingriff auf die schon schwer geschädigten Nieren dar, die nach allgemein gültigen Grundsätzen der Therapie schonungsbedürftig wären. Über die späteren Folgen der Nierendekapsulation sind wir noch gar nicht unterrichtet.

Bovis (28) berechnet, dass 40 % der Nierendekapsulierten an Eklampsie zugrunde gehen, er ist darum von der Operation nicht erbaut.

A. Mayer (163, 164, 165) ist in der von ihm früher empfohlenen Behandlung der Eklampsie mit normalem Schwangerenserum dazu übergegangen, das Serum in den Duralsack einzuspritzen. Er geht dabei davon aus, dass die vollentwickelte Eklampsie das Bild schwerer Vergiftung des Zentralnervensystems darstell. Das mit dem Serum herangebrachte Gegengift kann darum am besten wirken durch intradurale Injektion. In einem Falle von schwerster Eklampsie starb die Patientin. Die Sektion ergab schwere Leberveränderungen. Diese konnten durch die Seruminjektion nicht mehr repariert werden, die Seruminjektion kam zu spät. In einem zweiten Falle (164) handelte es sich um eine Amaurose bei einer Eklamptika. Schon eine Stunde nach der intraduralen Seruminjektion kehrte das Sehvermögen zurück, die Eklampsie heilte aus. In einem Falle von Eklampsie des Neugeborenen (165) wurde ebenfalls Serum intradural injiziert in einem Stadium fortschreitender Verschlechterung und lebensbedrohlichster Zyanose. Es fiel die plötzliche Wendung zum Besseren nach der Seruminjektion sehr auf, trotzdem starb das Kind später unter den Erscheinungen der fortschreitenden Herzschwäche.

Kosmak (131), Smyly (225) und Holländer (108) empfehlen den Versuch der Mayerschen Seruminjektion vor der operativen Entbindung.

R. Freund (79) berichtet über 3 Fälle von puerperaler Eklampsie und 3 Schwangerschaftsdermatosen, die er mit Graviden-Serum nach Mayer erfolgreich behandelt hatte. Nach seinen Erfahrungen hat aber das Pferdeserum die gleiche Wirkung. In der Diskussion teilt Hofbauer (107) mit, dass er zwei Fälle von Schwangerschaftsdermatosen mit Pituitrin behandelte und es war aufgefallen, dass nach wiederholter Pituitrininjektion die Erscheinungen zurückgingen.

Krakauer (133) hat sich das Pituglandol in einem schweren Fall von Eklampsie bestens bewährt. Es ist indes zu bemerken, dass ausserdem auch Chloroformnarkose angewendet wurde.

Demgegenüber ist zu betonen, dass Schiller (215) das Pituitrin zur Geburtsbeschleunigung bei Eklampsie verwirft wegen seiner vasomotorischen Wirkung.

Entsprechend der Theorie, dass die Eklampsie die Folge von im Blute retinierten Milchbildnern sei, empfiehlt Walcher (260) das „Abspritzen des Kolostrums".

Nach Persson (185), der die Eklampsia gravidarum für eine der Paresis puerperalis identische Erkrankung hält, ist das rationellste Mittel gegen die Paresis puerperalis, die stockende Milchsekretion in Gang zu bringen; demgemäss empfiehlt sich bei Prodromen der Eklampsie ausmelken. Als Prophylaktikum gegen die Eklampsie empfiehlt sich Jodkalium. Auch bei schon ausgebrochener Eklampsie scheint das Jodkalium weiterer Prüfung wert zu sein. Die Wirkung desselben erklärt sich dadurch, dass es die Viskosität des Blutes herabsetzt.

Unter dem Eindruck der mammären Theorie der Eklampsie empfiehlt Gilles (87) Einblasung von Luft- und Sauerstoff in die Brustdrüse. In einem schweren Falle von Eklampsie mit 55 Anfällen hörten schliesslich nach zweimaligem Lufteinblasen die Anfälle auf und es trat Heilung ein.

Espy Williams (267) empfiehlt zur Heilung der Eklampsie das Einblasen von Sauerstoff oder steriler Luft in die Mamma. Der Zweck ist dabei die Blutzufuhr zu den Milchdrüsen abzusperren, bis sie ihre gewöhnliche Tätigkeit aufnehmen und mit dem Kolostrum oder der Milch das Eklampsiegift eliminieren. Es werden beide Brüste völlig mit komprimiertem Sauerstoff gefüllt und dann sehr fest bandagiert. In einem so behandelten Falle traten nur noch 2 leichte Anfälle auf.

Nach einem Bericht von James Harrar (98) ist der Effekt der Sauerstoffinfiltration der Mamma in der Verminderung der Blutzufuhr zur Brust zu suchen solange, bis sie ihre Sekretion aufnimmt, mit der sie die aufgespeicherten Gifte ausscheidet. Die Brust ist nicht die Giftquelle, sondern nur das Giftdepot und die Sauerstoffeinblasung bewirkt den Abschluss eines grösseren Teiles der Giftmenge.

Über therapeutisch günstigen Einfluss der Lumbalpunktion berichtet Bataski (13). Er sah 3 Fälle in Heilung übergehen.

John Byers (33) bezeichnet für die Behandlung der Eklampsie die Vermeidung von Komplikationen als wichtig.

Die Prognose für die Kinder bei Eklampsie ist nicht günstig. Nach Gottschalk (89) sind im allgemeinen die Kinder bei Eklampsie ohne Krämpfe mehr gefährdet; dabei soll ihre Mortalität nach Schmid (216) 100 % betragen, während sie sonst nur 30—40 % ausmacht. Oft kommen die Kinder hochgradig asphyktisch zur Welt (Effa Davis [49]). Selten geht die Eklampsie auf die Kinder über (Lichtenstein [150]). Dass aber auch das Kind befallen werden kann, beobachtete A. Mayer (165). Ein weiterer Nachteil für die Kinder besteht in der häufig erfolgenden Frühgeburt. Verabreichte Narkotika benachteiligen auch das Kind (Benthin [20a]). Stillverbot Drennan [59]) bedeutet für das Kind einen weiteren Schaden. Drennan (59) widerrät das Stillen, weil er glaubt, dass die fettige Degeneration der Leberzellen eine Folge von Kalziummangel sei und weil durch das Stillen eine Kalziumentziehung zustande kommt.

Beckmann (17 u. 18). Bei konservativer Behandlung betrug die Sterblichkeit 39 %. Im Laufe der letzten 2 Jahre wurde der vaginale Kaiserschnitt 43 mal wegen Eklampsie ausgeführt (25 mal bei Iparae, 18 mal bei Mehrgebärenden). In der russischen Literatur sind 53 Kaiserschnitte bei Eklampsie beschrieben. In allen Fällen hat Beckmann den Metreurynter-Schnitt ausgeführt (Champetier de Ribes mit 450 g Wasser), fast immer nur die Kolpohysterotomia anterior gemacht, und nur in einem Falle auch die hintere Cervixwand inzidiert (Gewicht des Kindes 4000 g). Gewöhnlich wurde Wendung und Extraktion angeschlossen, 1 mal wurde die Zange angelegt. Blutung aus den Schnittwunden wurde nur 1 mal beobachtet (es handelte sich um eine totale Praevia bei Eklampsie). 7 mal kam die Plazenta spontan, 32 mal auf Credé, 4 mal wurde sie manuell extrahiert. Meistens ist es nicht notwendig, mit dem Credé zu eilen. Nur 4 mal wurde der

Dührssen-Schuchardtsche Schnitt angelegt, 1 mal der Damm median gespalten. Den übrigen Primiparen ward der Schnitt erspart, bei Mehrgebärenden ist letzterer natürlich überflüssig. Niemals riss der Schnitt durch die Uteruswand weiter in die Bauchhöhle; das vordere Scheidengewölbe wurde meistenteils drainiert. Die Operation ist technisch leicht, lässt sich auch bei Wahrung aller Kautelen der Asepsis im Privathause ausführen. Die Sterblichkeit ist von 34 % auf 18 % gefallen; für die Fälle, in denen die Anfälle nach der Geburt nicht wieder einsetzten, fiel sie von 30 % auf 14 %; schliesst man aber, wie einige Autoren üben, solche Todesursachen wie Sepsis, Endokarditis, Haemorrhagia cerebri aus, so ist der Mortalitätsprozent 9.

Je mehr Anfälle der Entbindung vorangegangen, desto höher ist die Sterblichkeit. In allen Eklampsiefällen, in denen die Cervix erhalten und der Muttermund nicht genügend erweitert war, wurde der vaginale Kaiserschnitt ausgeführt. Der vaginale Kaiserschnitt ermöglicht es also, die Sterblichkeit an Eklampsie bedeutend herabzusetzen; und je früher die Kranke entbunden wird desto mehr Chancen auf Genesung hat sie. Die Sterblichkeit der Kinder betrug bei konservativer Behandlung 30 %, jetzt ist sie auf 22 % gesunken; wobei die 43 vaginalen Kaiserschnitte nur 5 tote Kinder ergaben (11,6 %). Der auffallend niedrige Mortalitätsprozent für die Kinder ist ein übriges Argument zugunsten der Schnellentbindung bei Eklampsie. (H. Jentter.)

Nach Forssner (73) ist das beste Verfahren: eine aktive Therapie, von der Stroganoffschen Behandlung gestützt nach folgenden Prinzipien. Ist die Eklampsie ausgebrochen, sorgt man für Ruhe und Dunkel um die Patientin herum, gibt Morphium, während man untersucht und seinen Entschluss über weitere Behandlung fasst. Bei noch geschlossenen Weichteilen und gutartiger Eklampsie wird abgewartet. Wird der Zustand verschlechtert, entbindet man sofort, und sicherlich am leichtesten durch vaginalen Kaiserschnitt. Sind die Weichteile bei dem Ausbruche der Eklampsie schon vorbereitet, wird sofort entbunden. Im Wochenbett, die Eklampsie mag schon vorher vorhanden oder erst da ausgebrochen sein, ist die Stroganoffsche Methode auszuführen.

(Silas Lindquist.)

D. Placenta praevia.

1. *Alfieri, Die anatomischen Varietäten der Placenta praevia. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 615.
2. *Barsoni, Diskussion zu Horvath (cf. Nr. 31). Gyn. Sektion des Kgl. ungar. Ärztevereins zu Budapest. 28. November 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31. p. 1035.
3. *Bar, Über die chirurgische Behandlung der Uterusblutungen. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Juli. Ref. La Presse méd. Nr. 57. p. 603.
4. *Bayer, H., Diskussion zu Herrenschneider (cf. Nr. 26). Hegars Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 17. p. 380.
5. *Bockelmann, W., Diskussion zur chirurgischen Behandlung der Uterusblutungen etc. Verh. d. VI. Internat. Gyn.-Kongr. Berlin. p. 613.
6. *Cermanovik, Ein Fall von Placenta praevia, Extraktion derselben vor dem Kinde (Serbisch). Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 483.
7. *Couvelaire, A., Behandlung der Placenta praevia und postplazentaren Blutungen. Verhandlungen d. VI. Internat. Gyn.-Kongr. Berlin. p. 502. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. p. 1313.
8. *Cragin, E. B., Placenta praevia. Amer. gyn. Soc. in Atlantic. City. Mai. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 214.
9. Christophe, Über Spontanruptur des unteren Uterinsegmentes bei Placenta praevia. Thèse de Lyon. 1910. Ref. Gyn. Rundschau. p. 147.
10. *Davis, Diskussion zu Cragin (cf. Nr. 8). Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 215.
11. — Diskussion zur chirurgischen Behandlung der Uterusblutungen etc. VI. Internat. Gyn.-Kongr. Berlin. Ref. Gyn. Rundschau. p. 768.

12. *Dührssen, Diskussion zur chirurgischen Behandlung der Uterusblutungen. VI. Internat. Gyn.-Kongr. Berlin. Verhandl. p. 611 und Gyn. Rundschau. p. 774.
13. *Faddejewa, Placenta praevia. Hospitalklinik der med. Akademie Lebedew Petersburg. Ref. Gyn. Rundschau. p. 500.
14. *Fehling, Diskussion zur chirurgischen Behandlung der Uterusblutungen etc. VI. Internat. Gyn.-Kongr. Verhandl. p. 602 und Gyn. Rundschau. p. 773.
15. *Fletscher-Shaw, Die Behandlung der Placenta praevia. Practitioner. Juni. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35. p. 1173.
16. *Foges, Diskussion zur chirurgischen Behandlung der Uterusblutungen etc. VI. Internat. Gyn.-Kongr. Berlin. Ref. Gyn. Rundschau. p. 773.
17. Frigyesi, Diskussion zu Horvath (cf. Nr. 31). Gyn. Sektion des Kgl. ungar. Ärztevereins zu Budapest. 28. Nov. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31. p. 1034 bis 1035.
18. *— Klinik der Placenta praevia. Abhandl. aus dem Gebiet der Geb. u. Gyn. Mitteilungen aus der 2. Frauenklinik zu Budapest II. Heft 1. Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. p. 719 u. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5. p. 147 u. Gyn. Rundschau. p. 243 und p. 145.
19. Glaevecke, Die Resultate der Placenta praevia. Behandlung nach dem Material der Kieler Frauenklinik aus den Jahren 1904—1911. Inaug.-Diss. Kiel. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46. p. 1556.
20. Gottschalk, Über die operative Behandlung der Placenta praevia. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 50. Ref. Gyn. Rundschau. p. 320.
21. *Graeupner, Sectio caesarea abdominalis wegen Placenta praevia. Nordostdeut. Ges. f. Gyn. 23. März. Bromberg. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 653 und Deutsche med. Wochenschr. Nr. 32. p. 1522.
22. Guzzoni, Diskussion zur chirurgischen Behandlung der Uterusblutungen etc. Verh. d. VI. Intern. Gyn.-Kongr. Berlin. p. 600.
23. Hahl, C., Placenta praevia centralis, Sectio caesarea. Finska Lekarska Hand. April bis Mai. Ref. Gyn. Rundschau. p. 715.
24. Harrison, Behandlung der Placenta praevia. Surg., Gyn. and Obst. Bd. XIII. Nr. 5. Ref. Gyn. Rundschau. p. 206.
25. Heimann, Über Postpartumblutungen. Münchn. med. Wochenschr. 1911. Nr. 24. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 10. p. 316.
26. *Herrenschneider, Über einen Fall von Placenta praevia mit Demonstrationen. Oberh. Ges. f. Geb. u. Gyn. April. Ref. Hegars Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. XVII. p. 380.
27. *Herz, Bemerkungen zur Therapie der Placenta praevia (polnisch). Ref. Gyn. Rundschau. p. 906.
27a. — Bemerkungen zur Therapie der Placenta praevia. p. 196—202. Verh. d. Gyn. Sekt. d. XI. Vers. poln. Ärzte. Krakau 1911. Cf. Kap. I. Verhandlungen.
28. Heynemann, Die Behandlung der Placenta praevia. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Bd. 4. p. 232.
29. *Hirsch, L., Atoniebehandlung. Verhandl. d. VI. Internat. Gyn.-Kongr. Berlin. p. 594.
30. *Höhne, Zur Ätiologie der Placenta praevia. Zentralbl. f. Gyn. 1911. Nr. 9. Ref. Gyn. Rundschau. p. 460.
31. Horvath, Fall von Placenta praevia. Gyn. Sektion des Kgl. ungar. Ärztevereins Budapest. 28. Nov. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31. p. 1034.
32. Huzarski, Die neueren Strömungen in der Therapie der Placenta praevia. Ref. Gyn. Rundschau. p. 908.
33. *Jolly, R., Ein Vorschlag zur Behandlung der atonischen Nachgeburtsblutungen. Verhandl. des VI. Internat. Gyn.-Kongr. Berlin. p. 592.
34. *Jung, Die chirurgische Behandlung der Uterusblutungen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Verhandlungen des VI. Internat. Gyn.-Kongr. Berlin. p. 515.
35. Intleköfer, Die Therapie der Placenta praevia etc. Inaug.-Diss. München 1911. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 87.
36. Kiel, Rudolf, Über manuelle Plazentarlösung. Inaug.-Diss. Göttingen 1911. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 87.
37. *König, Über Placenta praevia. Schweiz. Rundschau f. Med. 1911. Nr. 9. Ref. Gyn. Helvetica. 12. Jahrg. p. 122. Frühlingsausgabe.

38. *Krönig, Diskussion zur chirurgischen Behandlung der Uterusblutungen etc. Verhandl. des VI. Internat. Gyn.-Kongr. Berlin. p. 606 und Gyn. Rundschau. p. 775.
39. *Küstner, O., Diskussion zu chirurgische Behandlung der Uterusblutungen. Verh. des VI. Internat. Gyn.-Kongr. Berlin. p. 602.
40. Labhardt, A., Zur Ätiologie und Therapie der Postpartum-Blutungen. Korresp.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1910. Nr. 7. Ref. Zentralbi. f. Gyn. Nr. 10. p. 317.
41. Lefèbre, Johann, Die Placenta praevia im Grossherzogtum Mecklenburg-Schwerin in den Jahren 1906, 07, 08. Inaug.-Diss. Rostock 1910. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 482.
42. Lepage, M., Presentation de Placenta praevia. Soc. d'obst. de gyn. de Paris. La Presse méd. 29. Mai. p. 471.
43. *Lison, H. A., Incidence of Placenta Praevia in Manila. The Amer. Journ. of Obst. p. 123.
44. Löbenstein, Julius, Über die Resultate der konservativen Behandlungsmethoden bei Placenta praevia. Inaug.-Diss. Heidelberg 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35. p. 1173.
45. Lockyer, Embryotomie nach Wendung wegen Placenta praevia. Obst. and Gyn. Section. Meeting held Thursday May. Ref. Journ. of Obst. and Gyn. p. 313.
46. *Lumpe, Bemerkungen die Ätiologie der Placenta praevia betreffend. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51. p. 1721.
47. *Macfarlane, Zentral Placenta praevia. Erfolgreiche Behandlung durch Kaiserschnitt. The Journ. of Obst. and Gyn. Bd. XXII. 6. p. 347.
48. *— Zentral Placenta praevia, Glasgow obstetric. and Gyn. Soc. Lancet Dezember. p. 1726.
49. *— Ausstossung der Plazenta vor der Geburt des Kindes. Journ. of Obst. and Gyn. Aug. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 483.
50. *Masel, Sarah, Zur Pathogenese und Ätiologie der Placenta praevia. Inaug.-Diss. Freiburg 1910. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46. p. 1555.
51. *Mayer. A., Über Gefahren des Momburgschen Schlauches. Verh. d. VI. Internat. Gyn.-Kongr. Berlin. p. 582.
52. *Meyer, Robert, Höchstgradige Placenta accreta, Placenta praevia lateralis. Inversio uteri, Exitus. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. 14. Juli 1911. Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. p. 334.
52a. Mussatow, Zur Statistik und Behandlung der Placenta praevia. Wratsch. Gaz. Nr. 13. Sitzungsb. der geb.-gyn. Ges. zu Moskau. (Auf 14794 Geburten kamen 51 Pac. praev., davon wurden 3 unentbunden entlassen. Placenta centralis wurde 20mal beobachtet, marginalis 25mal, lateralis 5mal; 1mal war Abort. Ad exitum kamen 4,10%. Die Morbidität betrug 10,4%. Die Sterblichkeit der Kinder 66,8 %. Die beste Behandlungsmethode ist die, welche die wenigsten Chancen auf Zerreissung der Cervix gibt. Das Accouchement forcé muss aufgegeben werden. In nicht infizierten Fällen ist der Kaiserschnitt indiziert (vaginaler oder abdominaler). Der vaginale Kaiserschnitt ist nur dann vorzunehmen, wenn die Plazenta auf der hinteren Uteruswand sitzt. Mit ihm konkurriert die klassische Methode (bei allen Arten der Praevia). In infizierten Fällen die Operation nach Scipiades bei toter Frucht und abdominale Totalexstirpation bei lebender Frucht. Bei vitaler Indikation wegen schwerer Blutung, die Operation nach Scipiades mit Opferung der Frucht. In diesen Fällen empfiehlt Mussatow die Unterbindung der Gefässe nach Krönig.) (H. Jentter.)
52b. Nowikow, Zur Behandlung der vorliegenden Nachgeburt. Nachrichten der Uraler Medizinischen Ges. 1911. (Bei toter Frucht ist die Nachgeburt manuell zu zerreissen und der Metreurynter einzuführen. Bei lebender Frucht kann man, falls die Frucht klein ist, per vias naturales entbinden. Bei reifem Kinde aber ist der Kaiserschnitt indiziert. Bei schwerer Anämie, wenn Mutter und Kind in Gefahr sind, muss in erster Linie der gefahrdrohende Zustand der Mutter bekämpft werden. Deshalb ist nicht an die Entbindung zu denken, sondern an Blutstillung (Metreuryse) und Hebung der Kräfte.) (H. Jentter.)
53. *Norris, Diskussion zu Cragin (cf. Nr. 8). Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 215.
54. Obata, Beitrag zur Ätiologie der atonischen Blutungen post partum. Gyn. Rundschau. p. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19. p. 623.

55. *Pankow, Über die anatomischen Grundlagen der Placenta-praevia-Behandlung. Verhandl. d. VI. Internat. Gyn.-Kongr. Berlin. p. 580. Ref. Gyn. Rundschau p. 769 und Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. p. 1316.
56. *— Die Implantation des Eies bei Placenta praevia etc. Mittelrh. Ges. f. Geb. u. Gyn. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 109.
56a. Parádi, Ferenez, A placenta praeviáról. Gyógyászat. Nr. 38. (Bericht über drei Fälle von Placenta praevia.) (Temesváry.)
57. *Parker, Davis, Eine Methode zur Kontrolle der Postpartum-Blutungen vermittelst manueller Kompression de Aorta, Kaiserschnitt bei Placenta praevia. Verhandl. d. VI. Internat. Gyn.-Kong. Berlin. p. 537. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 471 und Zentralbl, f. Gyn. Nr. 50. p. 1714.
58. Partos, E., Beitrag zur Behandlung der atonischen Blutung. Deutsche med. Wochenschrift 1911. Nr. 50. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19. p. 622.
58a. Potejenko, Kaiserschnitt bei Placenta praevia. Scibirskaja Wratschebnaja Gazeta Nr. 9. (H. Jentter.)
59. *Queisner, Diskussion zu Graeupner (cf. Nr. 21). Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 655 und Deutsche med. Wochenschr. Nr. 32. p. 1522.
60. *Recasens, Zur chirurgischen Behandlung der Uterusblutungen etc. Verhandl. d. VI. Internat. Gyn.-Kongr. Berlin. p. 541.
61. *— Die heutige Behandlung der Placenta praevia. Rev. mens de gyn. d'obst. et de péd. Aug. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1. p. 25.
62. *Rogoff, Über manuelle Lösung der Plazenta. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 175.
62a. Rotter, Hewick, A placenta praevia kezelése. Orvosok Lapja 3. (Zur Prophylaxis der Placenta praevia empfiehlt Rotter antikonzeptionelle Vorkehrungen bei Oftgebärenden. Die Behandlung soll möglichst in Anstalten geschehen. Eine Tampon-Behandlung ist unnütz und gefährlich (Infektion). Für die Praxis empfiehlt er die Wendung nach Braxton-Hicks oder die Metreuryse.) (Temesváry.)
63. Rübsamen, Über den Blutverlust in der Nachgeburtsperiode. Verhandl. d. VI. Internationalen Gyn.-Kongr. in Berlin. p. 586. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. p. 1317.
64. *Rüder, Momburgsche Blutleere zur Bekämpfung der atonischen Nachgeburtsblutung. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 47. p. 2242.
65. *Scheffen, Diskussion zu Pankow (cf. Nr. 56). Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 113.
66. *Schickele, Diskussion zu Pankow (cf. Nr. 55). Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 111.
67. *Schmid, Hans, Zur Behandlung atonischer Blutungen. Deutsche med. Wochenschrift Nr. 41. p. 1933.
68. *Schröder, Diskussion zu Graeupner (cf. Nr. 21). Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 654 und Deutsche med. Wochenschr. Nr. 32. p. 1522.
69. *Schwarz, Henry, Mechanismus und Behandlung der Placenta praevia. Transact. of the Amer. Assoc. Amer. Journ. of obstetr. p. 974.
70. Schweitzer, Bernhard, Zur Behandlung der Placenta praevia. Archiv f. Gyn. Bd. 94. p. 637. Ref. Schmidts J.-B. p. 255 und Zentralbl. f. Gyn. Nr. 8. p. 248.
71. — Zur Placenta-praevia-Therapie. Zentralbl. f· Gyn. Nr. 25. p. 793. Ref. Gyn. Rundschau. p. 927.
72. — Placenta-praevia-Statistik. Ges. f. Geb. u. Gyn. Leipzig 11. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36. p. 1189.
73. Scipiades, Heilung einer Placenta praevia totalis durch Sectio caesarea. Kgl. Ungar. Ärzteverein Budapest 4. Febr. Ref. Gyn. Rundschau. p. 888.
74. — Diskussion zu Horvath (cf. Nr. 31). Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31. p. 1035. (Plac. praev. centralis, Muttermund für 1 Finger durchgängig, 37jährige Erstgebärende, Temp. 38,6°, Porro, Mutter genesen, Kind starb an Pneumonie.)
75. *Sellheim, Diskussion zur chirurgischen Behandlung der Uterusblutungen etc. Verhandl. d. VI. Internat. Gyn.-Kongr. Berlin. p. 608. Ref. Gyn. Rundschau. p. 771.
76. *— Diskussion zu Pankow (cf. Nr. 56). Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 111 und 113.
77. *Speranskaja, E. M., Bachmetjewa, Über die Momburgsche Methode.

VI. Kongr. russ. Gyn. u. Geb. Petersburg 16.—18. Dez. 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13. p. 401.

77a. Ssewrjugow, Ein Fall von Kaiserschnitt bei Placenta praevia. Journal akusch. i shensk. bol. Nov. (Ipara, 34 Jahre alt, zentrale Praevia, enorme Blutung, Conj. diag. 11, langer, für 1 Finger durchgängiger Mutterhals, 9. Lunarmonat, Heilung.) (H. Jentter.)

78. *Stein, Rosa, Über die Leitung der Plazentarperiode bei Placenta praevia. Inaug.-Diss. Freiburg 1910. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46. p. 1555.

78a. Süssmann, Frigyes, Placenta praevia centralis extèben a szülés befejerése esátzásmetszèstel. Orvosi Hetilap Nr. 42. (Bericht über einen Kaiserschnitt bei einer Xpara wegen Placenta praevia centralis. Heilung.) (Temesváry.)

79. Thies, Diskussion zu Schweitzer (cf. Nr. 72). Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36. p. 1189.

80. — Zur Behandlung der Placenta praevia. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 8. Ref. Gyn. Rundschau. p. 471.

81. *Trapl, Hypophysenextrakt in der Behandlung der Placenta praevia. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 393. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 50. p. 1713.

82. Voren, Fall von Placenta praevia kombiniert mit Cystoma ovarii praevium. Geburtshilfliche Gesellschaft zu Lyon 18. Mai 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16. p. 521. (Beim Einlegen des Metreurynters bemerkt man im hinteren Scheidengewölbe zystischen Tumor, Zangenversuch, Punktion des Tumors, Dermoid; Kind asphykisch, gestorben.)

83. *Wegelius, Zur Diskussion über die Behandlung der Plazenta praevia. Arbeiten aus der geburtshilflich-gynäkologischen Frauenklinik in Helsingfors. J. F. Bergmann Wiesbaden. p. 1. Ref. Gyn. Rundschau. p. 737, Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46. p. 1555. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 469.

84. *— Beiträge zur Diskussion über die Behandlung der Placenta praevia. Finska Läkarska Handl. Januar bis März. Ref. Gyn. Rundschau. p. 714.

85. *Whitridge, Diskussion zu Cragin (cf. Nr. 8). Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 215.

85a. Zaremba. Demonstration einer Plazenta, welche in ihrem Zentrum ein Loch besass; da Placenta praevia vorlag, wurde durch diese Öffnung die Frucht extrahiert nach Wendung auf den Fuss. Leider nur Angabe der obigen Worte in dem Berichte. Gesellschaft der galizischen Ärzte. Lwowski Tygodnik Lekarski. Nr. 29. p. 532. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)

86. *Zinke, Gustav, Die Behandlung der Placenta praevia. Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 47. p. 2218.

87. Zschirpe, Beitrag zur Therapie der Placenta praevia. Inaug.-Diss. Leipzig 1911. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 87.

88. *Zweifel, P., Die chirurgische Behandlung der Uterusblutungen etc. Verhandl. des VI. Internat. Gyn.-Kongr. Berlin. p. 556. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. p. 1315 und Gyn. Rundschau. p. 768.

Bezüglich der Art der Entstehung der Placenta praevia berichtet Alfieri (1), dass ein von ihm beobachteter Fall für die Hofmeiersche Theorie spricht, wonach die Placenta praevia entsteht durch Überlagerung einer Reflexaplazenta über den inneren Muttermund. In einem zweiten Fall scheint dagegen die anormale Entwickelung der Plazenta durch Einnistung des Eies im unteren Uterinsegment entstanden zu sein.

Nach Pankow (55, 56) muss man zwei Arten von Placenta praevia unterscheiden, eine primäre, wo das Ei sich im Gebiet des Isthmus ansiedelt und eine sekundäre, wo das Ei sich im Korpus ansiedelt, aber ein Lappen der Plazenta sich auf den Isthmus erstreckt. Durch die Implantation des Eies im Isthmus uteri entstehen dort wichtige anatomische Änderungen im Bau der Uteruswand, welche die an sich schon bei physiologischer Implantation des Eies nur relative Kontraktionsfähigkeit dieser Wandabschnitte noch mehr herabsetzen. Das sind die starke Auflockerung der Muskularis, die mehr oder minder tief von fötalen Zotten durchsetzt ist, und die für diese Partien normalerweise nicht vorhandene ungewöhnliche Erweiterung der Gefässe, so dass allein schon infolge dieser hochgradigen Gefäss-

erweiterung die relative Kontraktionsfähigkeit dieser Wandabschnitte post partum zur Blutstillung unzureichend sein kann. Von besonderer Wichtigkeit ist die Anatomie der Plazentarhaftung in diesem Gebiet. Danach können wir zwei Arten von Placenta praevia unterscheiden. Die erste, die prognostisch günstigere, ist die, bei der die Implantation auf die genügend reaktionsfähige Schleimhaut des Isthmus beschränkt ist. Das ist die Mehrzahl der Fälle. Die zweite, die prognostisch ungünstigere, ist die, bei der die Zotten und besonders mächtige Massen von fötalen Zellen über die Mukosa hinaus in die Muskularis hineinwachsen, die Muskelbündel zerstören und selbst grössere Gefässe der Muskelwand, ähnlich wie bei der Tubargravidität, eröffnen. Hier ist deshalb die ganze Wand noch weniger kontraktionsfähig, die Blutungen sind stärker, die Plazenta löst sich sehr schwer und die Prognose ist in diesen Fällen besonders schlecht. Dass die Auflockerung und Zerstörung der Wand, die ihre Elastizität dadurch verliert, eine grosse ist, beweisen die bei Placenta praevia besonders häufigen Spontanrupturen des Uterus. Aus diesem Grunde ist auch jede Therapie, die auf die Zerreisslichkeit des Isthmus und der Cervix bei Placenta praevia keine Rücksicht nimmt, und sogar die Extraktion bei nicht völlig erweitertem Muttermund entschieden zu verwerfen.

Schickele (66) betont, dass die von Pankow hervorgehobene Ursache der Erschlaffung der Cervixwand nicht zu Recht bestehe, weil die Erschlaffung der Cervixwand im Gegensatz zu dem gut kontrahierten Uteruskörper auch nach jeder normalen Geburt zu beobachten sei. Die Schlaffheit der Cervix ist als etwas Physiologisches aufzufassen und hat mit dem übrigens seltenen Einwuchern fötaler Zotten nichts zu tun.

Sarah Masel (50) stellt die Placenta-praevia-Fälle der Freiburger Klinik von 1904 bis 1908 zusammen. Unter den 39 Fällen waren 13 % Erstgebärende, 50 % Mehrgebärende und 36,9 % Vielgebärende. Mehr als 9 mal hatten 23,7 % geboren, während diese Kategorie der Vielgebärenden nach dem allgemeinen Durchschnitt in Baden nur 7,02 % betrug. Diese auffallende Beteiligung der Mehrgebärenden hängt wahrscheinlich mit der bei ihnen häufigeren Endometritis zusammen.

Lumpe (46) fasst die Placenta praevia als eine Art dystopischer Schwangerschaft auf ähnlich wie die Tubargravidität und glaubt, dass diese falsche Einbettung des Eies im Zusammenhang stehen könne mit Zeit und Ort der Befruchtung des Eies, ähnlich wie bei der Tubenschwangerschaft. Nach dieser Theorie müsste die Placenta praevia aber wohl häufiger sein. Dass sie trotzdem nicht entsprechend oft zur Beobachtung kommt, erklärt er mit der Annahme, dass manche Fälle von Placenta praevia frühzeitig unbemerkt abortiv zugrunde gehen.

Lison (43) ist die grosse Häufigkeit der Placenta praevia unter der ärmeren Bevölkerungsklasse aufgefallen. Er glaubt, dass die ärmeren Frauen infolge der schwereren Arbeit, die sie schon als Mädchen verrichten müssen, häufiger an Retroflexio und infolgedessen an Endometritis leiden. Nach seinen Erhebungen beträgt die mütterliche Mortalität 19 % und die kindliche 66,6 %.

Auf dem internationalen Gynäkologen-Kongress zu Berlin hebt Couvelaire (7) hervor, dass die französischen Geburtshelfer in der Behandlung der Placenta praevia den geburtshilflichen Methoden treu geblieben sind: Blasensprung, Metreuryse, kombinierte Wendung ohne nachfolgende Extraktion. Vaginale Tamponade und Accouchement forcé haben seit der Warnung Pinards keine Anhänger mehr gefunden. Unter 162 Fällen von Placenta praevia, bei denen an der Pinardschen Klinik ein Eingriff nötig wurde, ergab sich eine mütterliche Mortalität von 6,7 %. Wenn man noch die Frauen abzieht, die in einem hoffnungslosen Zustand in die Klinik kamen, dann sinkt die Mortalität auf 4 %. Die häufigste Todesursache ist Septikämie. Die Blutungsgefahr ist also nicht so gross, dass man im Prinzip ihr das Risiko eines Kaiserschnitts entgegensetzen könnte. Die überwiegende Ansicht der französischen Geburtshelfer geht dahin, dass wir mit unseren geburtshilflichen Methoden genügend imstande sind, gegen die Blutung vorzugehen. Demgemäss wurde auch nur ganz selten abdomineller oder vaginaler Kaiserschnitt wegen Placenta

praevia gemacht. Die Kindermortalität bewegt sich bei der genannten Behandlungsart zwischen 44 und 66 %.

In der Diskussion betont Fehling (14), dass die deutsche Schule sich von der französischen nicht so ganz weit entferne, auch Fehling reserviert den Kaiserschnitt bei Placenta praevia nur für die ganz seltenen Fälle von starker Blutung bei zentralem Sitz und geschlossener Cervix. Sonst kommt man mit kombinierter Wendung oder Metreuryse aus. Die Metreuryse scheint aber, zumal bei ungenügender Assistenz, in der Praxis schwieriger als die kombinierte Wendung. Sie ist aber unblutiger als die kombinierte Wendung und schafft bessere Wehen als der Steiss des meist früh geborenen Kindes.

Nach Zweifels Ansicht (88) ist bei Placenta praevia für den praktischen Arzt die kombinierte Wendung die Operation der Wahl. Sie ist ein vorzügliches Mittel für die Blutstillung, freilich ist die Kindermortalität sehr hoch. Im Interesse der Kinder ist für die Klinik die Metreuryse zu empfehlen, auch bei Placenta praevia centralis. In gewissen Fällen freilich empfiehlt sich da der Kaiserschnitt. Die Blutstillung ist dabei mustergültig. In der Nachgeburtsperiode ist zu bedenken, dass schwere atonische Blutungen auftreten können, nicht wegen Dehnung des unteren Uterinsegmentes, sondern wegen Herabsetzung der Blutgerinnung. Zur Bekämpfung schwerer Nachblutungen empfehlen sich Tamponade, Aortenkompressorium, Momburgschlauch. Freilich lassen gelegentlich auch diese Methoden im Stich. So hat Zweifel nach Anwendung des Momburgschlauches einen Todesfall erlebt und in einem weiteren Falle fing die Blutung nach Abnahme des Schlauches von neuem an.

Jung (34) behandelt die Placenta praevia nach folgenden Grundsätzen: die kombinierte Wendung genügt, abgesehen von der Placenta praevia totalis, in der grössten Mehrzahl der Fälle zur Rettung der Mutter. Für die Kinder gibt sie aber schlechte Resultate. Auf das Kind nimmt die Metreuryse besser Rücksicht. Sie bietet ausserdem für das Leben der Mutter ebenso gute Aussichten und muss daher der kombinierten Wendung vorgezogen werden. Bei Placenta praevia totalis haben aber weder kombinierte Wendung noch Metreuryse befriedigt. Für diese Fälle empfiehlt sich der vaginale Kaiserschnitt. Klassischer Kaiserschnitt kommt nur in Betracht für die Komplikation von Placenta praevia und engem Becken bei Wahrung der Asepsis. Dilatation nach Bossi und Bonnaire sollen bei Placenta praevia nicht angewendet werden wegen der grossen Riss- und Blutungsgefahr.

König (37) berichtet über 164 Fälle von Placenta praeviea. Die Behandlung bestand 80 mal in Gazetamponade mit einer Mortalität der Mütter von 4,4 %, der Kinder von 0 %, 74 mal in kombinierter Wendung mit einer Mortalität der Mütter und Kinder von 0 %, 10 mal in Metreuryse mit einer Mortalität der Mütter von 0 %, der Kinder von 40 %. Nach der Geburt soll stets zur Ersparung von Blut eine Uterusscheidentamponade nach vorausgegangener Uterusspülung vorgenommen werden.

Faddejewa (13) verlor bei 105 mit kombinierter Wendung behandelten Fällen von Placenta praevia 7 Mütter und 66 Kinder.

Frigyesi (18) berichtet über die Fälle von Placenta praevia aus der Tauffer schen Klinik. Er stellt für die Behandlung der Placenta praevia folgende Prinzipien auf.

1. Sowohl die praktischen Ärzte wie die Hebammen müssen auf die Gefährlichkeit der nicht aseptisch ausgeführten Tamponade und auf die möglichste Einschränkung dieses Eingriffes aufmerksam gemacht werden.

2. Die geeignetste und in Anbetracht der Asepsis und Blutstillung verlässlichste Methode der Tamponade ist die Kolpeuryse.

3. Im Falle einer Blutung bei noch nicht begonnener Geburt ist die Anwendung der Kolpeuryse ein besseres und weniger gefährlicheres Verfahren als es in diesem Stadium die die Beendigung der Geburt erstrebenden Eingriffe sind.

4. Der Kolpeurynter soll in einer Tour 12, höchstens 24 Stunden in der Scheide belassen werden.

5. Bei begonnener Geburt und bei guter Wehentätigkeit ist in den Fällen von partialer Placenta praevia der künstliche Blasensprung vorzunehmen.

6. Im Falle einer totalen Placenta praevia oder auch bei den übrigen Arten ist — falls das Sprengen der Blase erfolglos blieb — die kombinierte Wendung oder die intraamniale Hysteuryse am Platze.

7. Für die allgemeine Praxis halten wir von diesen 2 Methoden die kombinierte Wendung und Tamponade mit dem Kindeskörper für die bessere.

8. Die Hysteuryse verbessert in hohem Grade die Aussichten des Kindes ohne Gefährdung der Mutter; aus diesem Grunde empfehlen wir Fachleuten bei begonnener Geburt und lebendem, lebensfähigem Kinde diese Methode.

9. Solange der Hysteurynter im Uterus liegt, muss der Arzt bei der Gebärenden verweilen und zu eventuellem Eingriff bereit sein.

10. Sowohl auf den Hysteurynter wie auf den nach kombinierter Wendung herabgeholten Fuss darf nur der zur Blutstillung unbedingt nötige minimale Zug ausgeübt werden.

11. Die Mortalität der Placenta praevia ist etwa 7 mal so gross, wie die der anderen mässigeren Grade vorliegender Plazenta.

12. Die Momburgsche Kompression ist in der 3. Periode der Präviageburten zu versuchen. Bei ausgebluteten anämischen Kreissenden ist es ratsam, sie sofort nach der Geburt des Kindes anzuwenden.

13. Das bisher verlässlichste Verfahren zur Stillung der Postpartum-Blutungen ist die Tamponade des Utero-Vaginal-Kanales nach Dührssen.

14. Die Dührssensche Tamponade muss nach spätestens 12 Stunden entfernt werden.

15. Die besprochenen chirurgischen Verfahren können nicht als allgemeine Behandlungsmethoden der Placenta praevia angesehen werden.

16. In besonders gut gewählten Fällen (Asepsis, kaum begonnene Geburt, lebensfähiges Kind) kann man in einer Anstalt den abdominalen Kaiserschnitt vornehmen.

17. Nach den bisherigen Erfahrungen scheint es, dass bei stark ausgebluteten Prävia-Kreissenden die Hysterotomie oder Totalexstirpation per laparotomiam weniger gefährlich ist als die Beendigung der Geburt auf natürlichem Wege.

Wegelius (83, 84) stellt 78 Fälle von Placenta praevia aus der Frauenklinik zu Helsingfors zusammen. Die gewöhnliche Behandlungsmethode bestand in kombinierter Wendung, nur vereinzelt wurde Blasensprung oder Ballon angewendet, einige Male konnte man sich rein exspektativ verhalten. Von den Müttern starben zwei an Anämie. Von den Kindern wurden 39 lebend geboren, von diesen starben 5 in den ersten Tagen nach der Geburt.

Fletcher Shaw (15) stellt 100 Fälle von Placenta praevia aus einer Gesamtgeburtenzahl von 11705 zusammen. Er tritt dafür ein, möglichst jeden Eingriff zu vermeiden, bis starke Blutung zum Eingreifen zwingt. Zur Behandlung empfiehlt er für erfahrene Geburtshelfer manuelle Dilatation der Cervix, sonst im allgemeinen Wendung auf den Fuss. Tamponade, Metreuryse und Kaiserschnitt sind nicht zu empfehlen. Die mütterliche Mortalität betrug 8 %, zwei von den Frauen starben an Sepsis, 3 waren in hoffnungslosem Zustande eingeliefert. Von den Kindern starben 67 % im ganzen und 48,5 % von den spontan geborenen.

Parker Davis (57) tritt für die kombinierte Wendung mit nachfolgender Spontanausstossung der Frucht ein. Gewöhnlich dürfte es damit gelingen, das Leben der Mutter auf Kosten des Kindes zu retten. Es gibt aber eine gewisse Anzahl von Fällen von Placenta praevia centralis, bei denen der abdominale Kaiserschnitt Gutes leistet. Diese Fälle gehören in das Gebiet der ektopischen

Schwangerschaft und müssen darum, wie die Tubarschwangerschaft, chirurgisch angegriffen werden. Unter 7 mit abdominalem Kaiserschnitt behandelten Fällen genasen alle Mütter und 3 Kinder. Voraussetzung für den Kaiserschnitt ist, Leben des Kindes, relativ guter Zustand der Mutter und Fehlen einer Infektionsgefahr. Diese chirurgische Behandlungsmethode eignet sich aber nur für die Klinik. Es bedarf aber noch weiterer Erfahrung, um ein definitives Urteil über die Indikation und Ausdehnung dieser Methode zu gewinnen.

Recasens (60, 61) hebt hervor, dass vor allem zu bedenken sei, dass in vielen Fällen von Blutung bei Placenta praevia kein Grund zum operativen Eingriff bestehe. Bei seitlichem Ansitzen der Plazenta lässt sich die Blutung durch künstlichen Blasensprung oder durch einen Zug am vorliegenden Fuss oder unter entsprechenden Bedingungen durch Zangenentbindung beherrschen. In anderen Fällen kommt man mit kombinierter Wendung oder Metreuryse aus. Bei Erstgebärenden mit geschlossener Cervix und rigiden Weichteilen dürfte sich am meisten der klassische Kaiserschnitt empfehlen unter der Voraussetzung, dass das Kind lebt und die Asepsis gewahrt ist. Der vaginale Kaiserschnitt ist im allgemeinen zu widerraten. Er kommt nur ausnahmsweise in Betracht, z. B. bei starker Blutung, geschlossenem Muttermund und Verdacht auf Infektion.

Trapl (81) empfiehlt für die Placenta praevia marginalis bei Schädellage und Verkürzung des Halskanales zur Stillung der Blutung künstlichen Blasensprung und Pituitrin. Für alle anderen Fälle eignet sich kombinierte Wendung aber ohne Extraktion. Lässt sich die kombinierte Wendung noch nicht durchführen, dann kommt Metreuryse mit einem kleinen Ballon in Betracht.

Henry Schwarz (69) betont, dass Placenta praevia als solche niemals einen Kaiserschnitt rechtfertige. Die kombinierte Wendung ist bei lebensfähigem Kinde zu verwerfen, da sie das Kind opfert. Dagegen sind Cervix-Scheiden-Tamponade und Metreuryse sichere Mittel, um die Blutung zu stillen und eine genügende Erweiterung für die Entbindung per vias naturales zu erzielen.

Küstner (39) verteidigt die Hystereuryse. Er glaubt, dass sie leichter durchführbar ist als die kombinierte Wendung. Sie passt für den Praktiker besser als jede andere Methode. Liegt der Hystereuynter gut, dann gibt es keine Blutung mehr und der Arzt kann sogar die Kreissende zeitweilig verlassen. Dass die Methode sich langsam einbürgert, liegt nicht am Arzt, sondern an den Vorurteilen des Publikums und besonders der Hebammen. Diese rufen einen Arzt nicht mehr, wenn er etwas macht, was ihnen nicht gefällt. Besonders aufgefallen ist Küstner, dass andere Autoren so viel von Blutungen in der Nachgeburtsperiode berichten. Diese sieht er nicht. Das muss mit der korrekten Ausführung der Hystereuryse im Zusammenhang stehen.

Scheffen (65) glaubt, dass die geringe Wertschätzung der Metreuryse vielfach davon herrührt, dass man sich mit der Methode nicht vertraut gemacht hat. Die Metreuryse ist besonders dem praktischen Arzt zu empfehlen. Sie ist gegenüber der Tamponade aseptisch und hat gegenüber der Wendung den Vorzug, dass sie schon anwendbar ist, wenn die kombinierte Wendung noch nicht geht. Sie ist leichter als die kombinierte Wendung und nimmt auf das Leben des Kindes in hohem Masse Rücksicht.

Cragin (8) behandelte früher mit kombinierter Wendung und verlor 60,3 % Kinder, dann ging er zur Metreuryse mit nachfolgender Wendung über. Dabei verlor er 51 % Kinder.

Bockelmann (5) betont, dass man nach den Ausführungen der Hauptvertreter der „chirurgischen Ära" den Eindruck gewinnen könnte, als wenn es vor dem Jahre 1890 eine rationelle Geburtshilfe überhaupt noch nicht gegeben hätte. Er würde es als ein Unglück betrachten, wenn vaginaler Kaiserschnitt, Metreurynterschnitt etc. ein Allgemeingut der Ärzte würden. Nicht einmal 500 Kinder, viel weniger 50000 würden dadurch gerettet und die Mortalität und Morbidität

der Mütter ginge erschreckend in die Höhe. Das chirurgische Verfahren braucht man in der Praxis nicht. Bockelmann hat niemals zum Zwecke der Blutstillung einen Cervixriss genäht und nur einmal — und das bereut er jetzt — einen Uterus tamponiert und verlor keine Wöchnerin an Verblutung oder Infektion. Grossen Wert legt er auf die bimanuelle Dauerkompression nach Fritsch.

Herz (27) berichtet die Resultate der Behandlung von 820 Fällen von Placenta praevia aus der Privatpraxis. Die Behandlung bestand 12mal aus Blasensprengung, 26mal Kolpeurynter, 21mal Metreurynter, 58mal kombinierte Wendung, 11mal andere Eingriffe. Die mütterliche Mortalität betrug 10,9%. 62 Kinder sind lebend geboren, 66 Kinder waren lebensunfähig oder starben unter der Geburt ab. Prinzip der Behandlung war, sobald Plazenta praevia festgestellt ist, die Frau entbinden, ehe noch eine neue Blutung kommt, ohne Rücksicht auf das Kind.

Dührssen (12) tritt für die Metreuryse ein und hat dabei niemals einen Widerstand seitens der Umgebung gefunden. Sie reicht aber nicht für alle Fälle aus und dann muss man den Metreurynterschnitt machen. Zug am eingelegten Ballon bewirkt dabei eine blutlose Operation wie ein Esmarchscher Schlauch und ausserdem macht der Zug das Operationsgebiet leicht zugänglich.

Bar (3) empfiehlt zur Behandlung der Placenta praevia bei entfaltetem Kollum Metreuryse oder kombinierte Wendung. Ist der Hals nicht entfaltet, das Kind klein, dann kommt vaginaler Kaiserschnitt in Betracht, wenn man dabei die Plazenta nicht verletzt. Für alle anderen Fälle eignet sich der klassische Kaiserschnitt, wenn keine Infektionsgefahr besteht. Die Vorteile des suprasymphysären Kaiserschnitts sieht er nicht ein.

Macfarlane (47, 48) betont, dass bei kombinierter Wendung, Tamponade usw. die mütterliche Mortalität nicht gross ist, wohl aber die Morbidität und die Mortalität der Kinder. Aus Rücksicht darauf empfiehlt sich für einen in der Abdominal-Chirurgie bewanderten Arzt der Kaiserschnitt.

Graeupner (21) empfiehlt für seltene Fälle den klassischen Kaiserschnitt, den er in einem Falle von starkem Ausgeblutetsein der Mutter ausführte, obwohl das Leben des Kindes nicht sicher festgestellt war. Er machte den Kaiserschnitt, obwohl die Patientin draussen untersucht und tamponiert wurde, weil bei der mangelhaften Eröffnung des Muttermundes der Kaiserschnitt als die unblutigste Methode erschien, namentlich auch unblutiger als der vaginale Kaiserschnitt. In der Diskussion betont Schröder (68), dass man für die Indikation zum Kaiserschnitt doch das Leben des Kindes fordern sollte. Queisner (59) ist mit dem vaginalen Kaiserschnitt bei Placenta praevia sehr zufrieden. Die kombinierte Wendung hat ihn nicht befriedigt, da fast alle Kinder absterben.

Sellheim (75, 76) glaubt, dass die Meinungsdifferenzen bezüglich der Gefährlichkeit der Placenta praevia in der Verschiedenheit des Materials liegt. In der Grossstadt mit dem gut ausgebauten Nachrichten- und Verkehrswesen kommt die Placenta praevia schon bei der ersten ungefährlichen Blutung in Behandlung, darum werden dort gute Resultate erzielt. Auf dem flachen Lande, wo jene Vorteile fehlen, sind die Frauen häufig schon sehr ausgeblutet, bis die ärztliche Behandlung einsetzt. Prinzip der Behandlung muss sein, die Dehnung der Plazentarhaftstelle zu vermeiden; das geschieht bei lebendem Kind durch suprasymphysäre Entbindung, bei totem Kind durch Perforation. Nach Entbindung per vaginam kommt zur Stillung einer Uterusblutung möglichst rasche Tamponade in Betracht. Die Tamponade ist aber wegen der Zerreisslichkeit der Cervixwand besonders gefährlich. Gute Dienste leistet auch die bimanuelle Kompression. Zur Bekämpfung schwerer Anämien empfehlen sich Versuche mit Bluttransfusion.

Nach den Ausführungen von Krönig (38) ist zweifellos der Kaiserschnitt als eine kausale Therapie der Placenta praevia zu betrachten. Er ist die blutsparendste Entbindungsmethode und nimmt auf das Kind die denkbar grösste Rücksicht. Trotzdem muss der Kaiserschnitt für ganz bestimmte Fälle reserviert bleiben. In welcher Form der Kaiserschnitt bei Placenta praevia in Zukunft die

besten Resultate geben wird, ob als zervikaler oder als vaginaler, wird erst die Zukunft lehren. Bei Blutungen in der Nachgeburtsperiode eignet sich für die Praxis für manche Fälle der Momburgsche Schlauch, für die Klinik hat aber das Aortenkompressorium den Vorzug, dass es die Därme nicht komprimiert. Zur Behandlung der Placenta praevia empfiehlt Davis (10) Kaiserschnitt, Norris (53) reserviert ihn für die Placenta praevia centralis mit geschlossener Cervix; Barsony (2) schränkt ihn auf die Fälle von Placenta praevia centralis mit lebensfähigem Kinde ein. Whitridge Williams (85) kann den Enthusiasmus für den Kaiserschnitt nicht teilen.

Zinke (86) bespricht für die Behandlung der Placenta praevia: 1. Bettruhe, 2. Tamponade, 3. Anregung der Wehentätigkeit durch Eihautstich oder Herabziehen eines Beines, 4. Ballon-Dilatation, 5. Dilatation mit der Hand oder mit Metallinstrumenten, 6. vaginalen oder abdominalen Kaiserschnitt. Für die einzelnen Behandlungsmethoden wird das Indikationsgebiet besprochen.

Für die Anwendung des Momburgschen Schlauches tritt auch Rüder (64) ein. Man soll ausserdem beide Beine mit elastischen Binden umwickeln und diese bei Lösung des Schlauches allmählich abnehmen, um dadurch ein allmähliches Einströmen des Blutes in die untere Körperhälfte zu ermöglichen, da sonst bei plötzlicher Blutdruckschwankung Exitus eintreten könnte.

Speranskaya-Bachmetieva (77) hat die Wirkung des Momburgschlauches in 24 Versuchen an Hündinnen probiert. Der Blutdruck erfährt dabei starke Schwankungen im Moment des Anlegens und der Abnahme des Schlauches namentlich bei grossen Blutverlusten. Uteruskontraktionen wurden nicht hervorgerufen, die Urinsekretion hörte völlig auf. Nach Abnahme des Schlauches wird Urin in grossen Mengen abgesondert, im Urin war Eiweiss.

A. Mayer (51) macht auf die Gefahren des Momburgschlauches aufmerksam. Im Tierexperiment hat er gesehen, dass man mit dem Momburgschlauch die Niere aus dem Stromkreis ausschalten kann. Demgemäss traten funktionelle und anatomische Nierenstörungen ein. Die Funktionsstörung bestand in Anurie und Albuminurie. Die anatomischen Störungen setzten sich zusammen aus: Zirkulationsstörungen und degenerativen Prozessen. Die Gefahr der Nierenabschnürung am Menschen besteht besonders bei der so häufigen Nephroptose. Es gelingt aber auch, den Ureter abzuschnüren, was ebenfalls zur Schädigung der Nierensekretion Veranlassung geben kann.

Ist die Schnürung ungleichmässig, so dass die Vena cava ganz und die Aorta nur teilweise zugeschnürt ist, dann kann es zu einer Verblutung in die untere Körperhälfte hinein kommen. Auch von seiten des Herzens sind Störungen zu fürchten, namentlich wenn das Herz vorher schon nicht intakt ist. Nach der Anlegung des Momburgschlauches auftretender Meteorismus erweckt den Verdacht der Darmschädigung.

Für die Leitung der Nachgeburtsperiode bei Placenta praevia empfiehlt Rosa Stein (78) nicht allzulange abzuwarten, bis man die Plazenta löst, da mit dem Abwarten nutzlos Blut verloren geht und die Lösung doch notwendig wird.

Rogoff (62) stellt seine Ansicht über die manuelle Lösung der Plazenta folgendermassen zusammen: Die Verhaltung von Plazentarteilen im Uterus hängt von der nicht richtigen Leitung der 3. Geburtsperiode ab. Verwachsung der Plazenta kommt vor, aber bei weitem nicht in all den Fällen, wo sie gelöst wird. Die Mortalität ist nach der manuellen Lösung nicht gross, wenn keine schwere Infektion verursacht ist. Auch die Morbidität ist bei exakter Pflege nicht gross. Unmittelbar nach der Lösung soll der Uterus mit desinfizierender Flüssigkeit ausgespült werden.

Für die Behandlung atonischer Blutungen empfiehlt Hirsch (29) Ergotininjektion ins Myometrium.

Foges (16) empfiehlt bei Atonien Pituitrin allein oder kombiniert mit Ergotin.

Ganz besonders macht er aufmerksam auf die gute Wirkung des Hypophysenextrakts als Prophylaktikum gegen Blutungen beim Kaiserschnitt.

H. Schmid (67) schlägt vor, bei schweren Atonien das Hypophysenextrakt vom Zervikalkanal aus direkt in den Uterus zu injizieren.

Jolly (33) hat in einzelnen Fällen bei atonischer Blutung gute Resultate davon gesehen, dass er den Uterus mit einem Gummiballon aufblies.

Macfarlane (49) beobachtete 2 Fälle von Frühgeburt im 7. resp. im 8. Monat, bei denen die Plazenta vor der Frucht ausgestossen wurde, ohne dass Blutung auftrat, während das übrige Verhalten für Placenta praevia sprach. In der Plazenta fanden sich reichlich Infarkte.

Cermanovik (6) hat in 1 Fall die schon gelöste Placenta praevia vor dem Kinde entfernt und dann die Geburt durch Wendung und Extraktion vollendet. Das Kind war schon abgestorben. Über den für die Hand durchgängigen Muttermund war die fast überall abgelöste Plazenta.

Robert Meyer (52) berichtet über einen Fall von Placenta praevia lateralis accreta. Bei 2 cm grossem Muttermund wurde ein Metreurynter eingelegt. Nach Ausstossung des asphyktischen, wiederbelebten Kindes wurde zunächst abgewartet. Nach 2 Stunden sah man sich zur Lösung der Plazenta veranlasst; dabei erschlaffte der Uterus, so dass nur einige Fetzen herausbefördert werden konnten. Wegen der enormen Blutung wurde der schlaffe Uterus kurz entschlossen invertiert und vaginal totalexstirpiert. Die Ursache der Atonie liegt in der enormen Dünne der Uteruswand, der Uterus wog nur 260 g gegen 750 g in der Norm. Die Plazentarzotten sind ganz diffus und an ausgedehnten Stellen in die Uteruswand vorgedrungen und haben breite Muskelpartien vernichtet.

Herrenschneider (26) demonstrierte auf der Oberrheinischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie eine Placenta praevia centralis, bei welcher die spontane Ausstossung einer ausgetragenen lebenden Frucht durch einen Riss im Mutterkuchen ohne Blutung erfolgte. Bayer (4) glaubt, dass es sich dabei um eine Placenta fenestrata gehandelt habe.

III. Kindliche Störungen.

Referent: Professor Dr. Walther Hannes.

A. Missbildungen.

1. Biber, W., Über Oligohydramnie mit konsekutiver Verunstaltung der menschlichen Frucht. Hegars Beiträge z. Geb. u. Gyn. XVII. 3. (Vollständige Verkrüppelung.)
2. Boerma, N. J. A. F., Zwangenchap en gebaarte by hypospadie der erams. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. 909. Konf. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. 1913. (Beschreibung einer schwierigen Entbindung einer äusserst seltenen Missbildung. Von den wenigen in der Literatur bekannten Fälle ist dieser der einzige, wo die Schwangerschaft à terme führte und ein lebendes Kind zur Welt kam.) (A. Mijnlieff.)
3. Bovin, E., Entbindung mit schwer missgebildetem Fötus (Eventration), diagnostische Schwierigkeiten veranlassend. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d. Gesellsch. schwed. Ärzte. Hygiea Nr. 11. (Silas Lindqvist.)
4. Bresslau, E., Über Hyperthelie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 51.
5. Calderini, Craniotomia su feto vivo per distocia da idrocefalo esattamente diagnosticata. Kraniotomie am lebenden Fötus wegen Geburtshindernis durch Hydrocephalus. Annali di Ostetr. e Ginec. XXXIV. p. 357. (Hydrocephalus mit Spina bifida lomb. und leichtem Pes equinus valgus duplex.) (Artom di Sant' Agnese.)
6. Davidsohn, C., Lithopädion. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 12. I. 12.
7. Davies, Aa case of general oedema of the fetus with fetal ascites and hydramnion. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. July.

8. Fieux, G., Schwere Pylorusstenose beim Neugeborenen. Rev. prat. d'obst. et de péd. Februar.
9. Fischer, N., Zahlreiche Missbildungen an einem Fötus und ein Fall einer doppelten Ulnabildung. Dissert. Bonn.
10. Fischer, W., Zur Kenntnis der angeborenen allgemeinen Wassersucht. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 51.
11. *— Die angeborene allgemeine Wassersucht. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 9.
12. Fockens, Über kongenitale Darmatresie an der Hand eines eigenen Falles. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1911. I. 18.
13. Gaifami, P. jun., Grave asfissia extrauterina per idrope-ascite in neonato sifilitico, paracentesi immediata; guarigione definitiva bene avviata con la cura mercuriale successiva. Schwere extrauterine Asphyxie durch Hydrops-Aszites bei einem luetischen Neugeborenen; Paracentesis; endgültige Heilung gut eingeleitet durch darauffolgende Quecksilberkur. Firenze, La Ginecologica. IX. (Artom di Sant' Agnese.)
14. Ghezzi, A., Un caso di idramnios con feto monstruoso in primipara al settimo mese di gravidanza. Ein Fall von Hydramnios mit monstruösem Fötus in einer Primipara, im siebenten Monat der Schwangerschaft. Arte Ostetrica. Milano Anno XXVI. p. 145. (Artom di Sant' Agnese.)
15. *Gogoberidse, Zur Kasuistik des Foetus papyraceus. Therapeut. Obosr. Nr. 17. (H. Jentter.)
16. Grünbaum, Acardiacus amorphus. Nürnb. gyn. Ges. 27. VI. (Nur das Hautorgan war vollständig ausgebildet.)
17. Haeberle, Dicephalus tribrachius. Bayer. Ges. f. Gyn. u. Geb. 7. VII.
18. *Heimann, F., Anatomie eines Dipygus parasiticus. Gyn. Gesellsch. zu Breslau. 27. II.
19. Herfurth, P., Die geburtshilfliche Bedeutung des fötalen Hydrocephalus. Inaug.-Dissert. Breslau.
20. Hoffmann, K., Kasuistischer Beitrag zur Frage der kongenitalen Dünndarmatresie. Gyn. Rundsch. Nr. 5.
21. Hummel, E., Hydrops congenitus. Inaug.-Dissert. Freiburg 1910.
22. Iwanow, Besonderheiten des Geburtsverlaufes bei Missbildungen. Journal akusch. i shensk. bol. Juni. (Auf 131523 Geburten der Moskauer Gebäranstalt kamen 45 Fälle von Hydrocephalus, 47 Fälle von Hemicephalus, 30 Spinae bifidae, 8 Fälle von Aszites etc. Iwanow besteht darauf, dass bei Verdacht auf Missgeburt 2—4 Finger resp. die ganze Hand in die Gebärmutter eingeführt wird, wenn nötig in Chloroformnarkose, denn nur rechtzeitige Diagnose kann Gesundheit und Leben der Mutter schützen. Die Geburt bei Hydrocephalus hat einen weit besseren Verlauf und Ausgang bei Beckenendlage der Frucht, als bei Kopflage. Ist Hemicephalie erkannt und soll die Geburt gefördert werden, so ist die beste Methode Herableitung der Arme und Extraktion an denselben.) (H. Jentter.)
23. Kermauner, F., Über angeborenen Verschluss des Duodenums. Virchows Arch. 207.
24. *Loth, Zur Lehre von der Schriddeschen allgemeinen Wassersucht. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 35.
25. Marchand, Epignathus. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Leipzig. 20. V.
26. Masay und Lonyos, Beitrag zum Studium der Missbildungen des kindlichen Kopfes in ihren Beziehungen zur Geburtshilfe. Rev. mens. de gyn. d'obst. et de péd. Okt. 1911.
27. Meyer, R., Epignathus. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 28. VII. 11.
28. Morgan, E., Anencephalous monsters. Brit. med. Journ. April.
29. Müller, A., Über einen Fall von blinder Endigung des Halsteiles des Ösophagus mit Kommunikation seines Brustteiles mit der Luftröhre. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24.
30. *v. Pieverling. N., Über fötale Wassersucht. Inaug.-Dissert. München.
31. Radwanska, Uterusprolaps beim Neonaten mit Spina bifida. Sitzung vom 29. IX. 1911. Przeglad Lekarski Nr. 7. p. 121. (Polnisch.) (Es sollen nur 12 Fälle von kongenitalem Uterusprolaps beschrieben sein, worauf 11 mal gleichzeitige Existenz einer Spina bifida kommt. Referent hält die Zahl für bedeutend grösser und kennt viel mehr solche Fälle aus der Weltliteratur). (v. Neugebauer.)

32. Rautmann, Über angeborene Wassersucht. Med. Ges. zu Chemnitz. 16. X.
33. v. Reus, A., Kongenitaler Defekt der Kopfhaut infolge amniotischer Verwachsungen. Ges. f. innere Med. und Kinderheilkunde zu Wien. 25. I.
34. Roismann, Sch., Ausdehnung der kindlichen Harnblase als Geburtshindernis. Inaug.-Dissert. Berlin.
35. *Rübsamen, Beitrag zur Kasuistik des kongenitalen Ulnadefektes. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 42.
36. Rybnikow, Geburt bei Aszites der Frucht. Wratsch. Gaz. Nr. 2. (H. Jentter.)
37. *Sachs, E., Über Nebenlungen. Gyn. Rundsch. Nr. 23.
38. Sieber, Duodenalatresie bei Neugeborenen. Gyn. Ges. zu Breslau. 27. II.
39. Strauss, W., Hyrocephalus. Ärztl. Ver. Nürnberg. 4. IV.
40. Streit und Wegelin, Über einen Fall von Holocardius. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 35.
41. Strobach, Sternopagus. Gyn. Ges. zu Dresden. 20. VI.
41a. Tokarshewsky, Geburt einer faulen Frucht. Wratsch. Gaz. Nr. 2. (H. Jentter.)
42. Weyl-Snuipf, Eine abnorme Öffnung im Ductus hepaticus bei einem Säugling. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1911. I. 5.
43. White, Total occlusion of the duodenum in a new-born child. Journ. of obstetr. of the Brit. Emp. April.
44. Zöllner, Hydrocephalus. Allg. ärztl. Ver. zu Köln. 15. VII.

Sachs (37) konnte eingehend anatomisch ein Neugeborenes mit recht umfänglicher linker Nebenlunge untersuchen. Da weder eine Ösophagusverbindung mit der überschüssigen Lunge noch ein Defekt der gleichseitigen Hauptlunge bestand, kann die Genese nicht sicher entschieden werden. Es sind zwei Entstehungsarten möglich, die der Abschnürung und die der isolierten Anlage.

Mit Hilfe des Röntgenbildes konnte Rübsamen (35) bei einem Kinde mit angeborenem Defekte der linken Ulna die Entwickelung nur zweier Metakarpalknochen erweisen, von denen nur einer eine Fingerfortsetzung zeigte.

Heimann (18) konnte einen Dipygus parasiticus beobachten, der drei Tage alt, lebend, in die Klinik gebracht wurde. Es bestand gleichzeitig ein faustgrosser Nabelschnurbruch, der operativ angegangen wurde; Kind ging 11 Stunden p. op. zugrunde. An der ventralen Seite in Höhe des Processus xiphoideus ragt die untere Hälfte eines männlichen Zwillings heraus. Mit der Brusthöhle ist kein Zusammenhang; Herz und Lunge des Autositen sind normal. Der Parasit hat nur eine Niere; ein Ureter geht von der Harnblase zu dieser Niere, ein zweiter verbindet die Harnblase des Parasiten mit der rechten Niere des Autositen.

Hinsichtlich der Ätiologie der allgemeinen angeborenen Wassersucht sieht Pieverling (30) allein die mütterliche Nephritis als genügendes ätiologisches Moment an. Fischer (11), dem sich im grossen und ganzen auch Loth (24) anschliesst, kommt auf Grund genauer Untersuchungen des Blutes und der Organe solcher Kinder zu dem Schluss, dass wohl eine pathologische Reizung der blutbereitenden Parenchyme vorliegen müsse; vielleicht sind es irgend welche noch unbekannte Stoffwechselprodukte der Mutter (Schwangerschaftsnephritis), welche diese Reizung hervorrufen. Die Kinder sind entweder totgeboren oder sterben sehr bald nach der Geburt.

B. Multiple Schwangerschaft.

1. *Ahlfeld, Sechslinge und Siebenlinge. Allgem. Deutsche Hebammenzeitung 1911. Nr. 24.
2. Araaffy, Über Drillingsgeburten. Orvosi Hetilap. 1911. p. 309. (Auf 40000 Geburten an der Budapester Klinik kamen 12mal Drillinge).
2a. Bassani, Gravidanza gemellare con un gemello acefalo acardiaco. Zwillingsschwangerschaft mit einem acephalo-acardischen Zwillinge. La Gynecologia IX. 15. (Artom di Sant' Agnese.)

3. Blackmore, Multiple Schwangerschaft mit Krämpfen während der Geburt. Brit. med. Journ. 1911. 25. III.
4. Harrison, S. G., Lebendes Kind und toter Fötus. Brit. med. Journ. 1911. 4. 2.
5. Hart, B., Beitrag zur Therapie der eineiigen Zwillinge. Transact. of the Edinb. obstet. soc.
6. Herrgott, A., A propos d'un cas de grossesse triple. Bull. de la Soc. d'obst. et de gynécol. de Nancy. 18. 12.
7. Horvath, Gemelli im gemeinsamen Amnion. Gyn. Sekt. d. Kgl. ungar. Ärztever. zu Budapest. 28. XI. 11.
8. Loeb, F., Statistisches über die Mehrlingsgeburten in Deutschland im Jahre 1909. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 35. (25893 mal Zwillinge, 261 mal Drillinge, 3 mal Vierlinge.)
9. *Lorier, Das Zeichen „Arnoux" bei Zwillingsschwangerschaft. Rév. mens. de gyn. d'obst. et de péd. Oct. 1911.
10. Maley, Lebende Kraniopagen. Mittelrh. Ges. f. Geb. u. Gyn. 10. III. (Zwei Monate alte Mädchen, die bis auf die Verwachsung der Schädel vollständig normal entwickelt sind.)
11. Massoni, La reazione di Wassermann in casi di gravidanza gemellare. Die Wassermannsche Reaktion in Fällen von Zwillingsschwangerschaft. Atti della Società Ital. di Ostetr. e Gin. Vol. XVIII. (Die Wassermannsche Reaktion war negativ in 12 von 13 Fällen und zweifelhaft in einem.)
(Artom di Sant' Agnese.)
12. Nürnberger, Bayer. Ges. f. Geb. u. Gyn. 7. VII. (Demonstriert das Zwillingspaar einer Weissen und eines Negers; ein Kind ist eine Weisse, das andere eine Negerin.)
13. Podzahradsky, O., Ein Fall von monoamniotischen Zwillingen. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 11.
14. Schapiro, Zwillings- und Mehrlingsgeburten. Inaug.-Dissert. Berlin.
15. *Sjablow, N. J. und A. Th., Musalew, Zur Frage der Behandlung der Köpfchenkreuzung bei gleichzeitiger Einstellung von Zwillingen im Becken, die eine Frucht mit dem Kopfe, die andere mit dem Beckenende. Allgem. Wien. med. Blätter 1910. Nr. 51.
16. Thaler, Thoracopagus. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 28. XI. 11. (Auf 65000 Geburten in der Wiener Klinik wurden zweimal Doppelmissbildungen, und zwar beide Male Thoracopagen beobachtet.)
17. Tscherewkow, Geburt verwachsener Zwillinge. Russki Wratsch. Nr. 49. (Die 17jährige Kreissende mit durch Forzeps extrahiertem Kopf und herabgeleitetem Arm eingeliefert. Mit Hilfe vorsichtiger Traktionen rückte allmählich der Rumpf vor, es kam der Steiss mit den Beinen, wonach sich noch ein Arm zeigte und schliesslich noch ein Kopf sich entwickeln liess. 2 Köpfe auf 2 Hälsen, 1 Rumpf, 2 Beine und 3 Arme, der dritte steigt zwischen den Köpfen in die Höhe. Normale männliche Genitalien. Alle Gliedmassen normal entwickelt. Nur ist der dritte Arm grösser als die anderen und zeigt deutlich die Bildung aus 2 verwachsenen Armen; sowohl die Hand selbst als auch jeder Finger haben 2 Dorsalflächen, jeder Finger hat 2 Nägel. Eine Nabelschnur (2 Arterien, 1 Vene). Die Missgeburt wiegt 9,4 Pfund. 1 Brustbein, 4 Schlüsselbeine, 1 Brust- und 1 Bauchhöhle, 2 Luftröhren, 4 Lungen, 2 Thymi, 2 Herzen (1 fast normales, das 2. ist rudimentär, hat nur ein Kavum, welches einerseits mit dem rechten Vorhof des rechten Herzen kommuniziert, andererseits mit den Gefässen). An der sonst normalen Leber liegen zwei Gallenblasen. Zwei Magen, davon der eine rudimentär und ohne Darm. Die zwei Wirbelsäulen fliessen in ihrem Bauchabschnitte zusammen. Die Wöchnerin fieberte stark und kam ad exitum.) (H. Jentter.)
18. Turnbull, A. E., Zwillingserstgeburten mit Hydramnion. Brit. med. Journ. 13. IV.
19. Werth, Ein Fall von Vierlingsgeburt. Journ. akusch. i shensk. boles. Sept. Sitzungsb. d. geb.-gyn. Ges. zu St. Petersburg. (Alle 4 Früchte waren Knaben, der erste kam spontan, die anderen 3 wurden erst nach 22 Stunden der Reihe nach gewendet und extrahiert. Jede Frucht war 750 g schwer. 2 Plazenten, die eine war monochorial mit 3 Amnialhöhlen, die zweite war einfach. Alle Früchte starben nach wenigen Stunden.) (H. Jentter.)

Ahlfeld (1) weist nachdrücklich darauf hin, dass alle über die Fünfzahl hinausgehenden Geburten von Viellingen auf Irrtum oder Lüge beruhen.

Da gewöhnlich die Grenzen der beiden Zwillinge recht nahe an einanderliegen, hört man ihre Töne von einem mittleren Punkte ungefähr gleich gut. Da die Schlagfolge der beiden Herzen nun nicht dieselbe ist, so hört man nicht einen Doppelton, sondern einen vierfachen Ton. Dieses „Arnouxsche" Zeichen kann Lorier (9) in drei Fällen bestätigen.

Sjablow und Musalew (15) berichten über einen Fall, wo der Kopf der ersten in Steisslage befindlichen toten Frucht, die bis zu den Schultern geboren war, noch über der Symphyse sich befand, während der Kopf der zweiten lebenden Frucht völlig ins Becken eingetreten war. Dekapitation des ersten Zwillings und Forzeps am zweiten.

C. Falsche Lagen.

1. Stirn- und Gesichtslagen, Scheitelbeineinstellung, Vorderhauptslagen.

1. Beyser, W., Klinik der Stirnlagen; 46 Fälle der Kgl. Univ.-Frauenkl. zu München aus den Jahren 1885—1911. Inaug.-Dissert. München.
2. Claus, H., Zur Klinik des tiefen Querstandes. Inaug.-Dissert. Berlin.
3. *Friedeberg, Die Hinterscheitelbeineinstellung. Inaug.-Dissert. Breslau.
4. *Golach, Beitrag zur Ätiologie der Defusionslagen, im besonderen ihre Beziehungen zur kongenitalen Struma. Inaug.-Dissert. Bern.
5. Lipsky, K. A., Über hohen Gradstand des Hinterhauptes im Beckeneingang. Russ. Journ. f. Geb. u. Gyn. 1911. p. 1333.
6. *Rice, F. W., The management of occiput posterior Positions. The Amer. Journ. of obstetr. August.
7. Waeber, P., Ein Fall von Geburt in tiefem Querstand bei allgemein verengtem kyphotischem Trichterbecken. Gyn. Rundschau Nr. 22. (Der einen Umfang von 33 cm aufweisende Kopf trat spontan im tiefen Querstande aus.)
8. Weichsel, K., Der tiefe Gradstand bei Kopflage. Inaug.-Dissert. Freiburg.
9. Weiss, B., Über hohen Querstand. Inaug.-Dissert. Freiburg.

Die Verlängerung der Geburt in hinterer Hinterhauptslage ist nach Rice (6) bedingt durch zu frühen Blasensprung und schlechte Wehen. Namentlich bei Erstgebärenden zieht sich die Geburt in die Länge. Steht der Kopf noch hoch im Becken, so ist die Korrektur mit der Zange zu empfehlen, bei beweglich stehendem Kopf und plattem Becken empfiehlt Rice die Wendung und Extraktion.

Nach Friedeberg (3) ist die Häufigkeit der Hinterscheitelbeineinstellung 0,58 %. Friedeberg glaubt sich zu dem Schlusse berechtigt, dass alle pathologischen Hinterscheitelbeineinstellungen aus physiologischen am Ende der Gravidität dadurch hervorgehen, dass diese durch ungünstige Momente meist mechanischer Natur verhindert werden, sich synklitisch umzuwandeln. Als ein derart ungünstiges Moment ist das enge Becken anzusehen. Da mit einer Spontangeburt nicht zu rechnen ist, so ist die Wendung und Extraktion am Platze. Ist dies jedoch wegen Beckenenge oder zu starker Dehnung des oberen Cervixsegmentes unmöglich, so tritt der extraperitoneale zervikale Kaiserschnitt in sein Recht.

Nach Golach (4) entsteht der angeborene Kropf bei Gesichtslagenkindern in manchen Fällen erst unter der Geburt infolge der abnormen Haltung. Im übrigen kommt in der Berner Gegend, die ja überhaupt eine Kropfgegend ist, die kongenitale Struma häufiger als anderwärts zur Beobachtung.

2. Beckenendlagen und Querlagen.

1. Damman, Breech Presentation in successive labour. The Brit. med. Journ. p. 631.
2. *Haneberg, J., 299 Fälle von Becken-Endlagen in der Kgl. Univ.-Frauenkl. zu München. Inaug.-Dissert. München.

3. *Hannes, W., Die Abwartung der Geburt in Beckenendlage. Med. Klinik. Nr. 21.
4. *v. d. Hoeven, P. C. T., Ursache und Therapie der Steisslage. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72.
4a. — Oorzaken en Therapie der stuitligging. Ned. Maandsch. voor Verlosk. en Kindergeneeskunde Nr. 1 u. 2. Konf. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 10. (A. Mijnlieff.)
5. *Kubiak, Zur Ätiologie, Pathologie und Therapie der Querlage. Inaug.-Dissert. Breslau.
6. Mehta, P. M., Steisslagen. Brit. Med. Journ. 14. IX.
7. Obst, Die poliklinischen Geburten in Beckenendlage. Inaug.-Dissert. Breslau.
8. Orlovius, M., Zur Lehre von der Geburt in Beckenendlage. Inaug.-Dissert. Breslau (10,49 % kindliche Mortalität).
9. H. Taylor-Morgan, Repeated Breech presentations. The Brit. Med. Journ. 22. VI.
10. Treub, Hectar, Die Steisslage in der Frauenklinik Amsterdam von 1902 bis und mit 1911. Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. 22. Jahrg. Afl. 1 u. 2. (Diese hauptsächlich statistische Arbeit dient zum näheren Beweise, dass Verfs. Auffassung bis jetzt die richtige war, nämlich die Steissgeburt so weit wie möglich spontan ablaufen zu lassen. Die äussere Wendung wird eben angewendet und empfohlen.) (A. Mijnlieff.)
11. Tschernyschew, Die Prognose bei Beckenendlagen. Journ. akusch. i shensk. boles. Mai-Juni. (Auf 48445 Geburten der Moskauer Gebäranstalt kamen 1281 Beckenendlagen (2,64 %). Die Prognose für die Mutter ist bei Beckenendlagen bedeutend ungünstiger als bei Schädellagen; die Geburtsdauer ist kürzer; Verletzungen der Scheide und der Gebärmutter sind häufiger; der Prozentsatz puerperaler Erkrankungen ist höher. Die Sterblichkeit der Mutter ist fast die doppelte. Für die Kinder ist die Prognose ernster, weil sie viel häufiger asphyktisch geboren werden. Die Asphyxie ist tiefer als bei Schädellagen. Verletzungen der Gewebe und Organe verschiedener Art sind um vielemal häufiger. Instrumentelle Hilfeleistungen sind unvollkommen und bringen der Frucht keinen Nutzen. Es sterben mehr Kinder nach als in der Geburt. Ihre Sterblichkeit ist bei Beckenendlage 5½ mal höher als bei Schädellage.) (H. Jentter.)

Nach Hannes (3) und v. d. Hoeven (4) ist die prophylaktische Extraktion am Steiss zu verwerfen; sie gibt nach v. d. Hoeven eine kindliche Mortalität von 15—20%. Während man nach Hannes die Geburt in Beckenendlage möglichst vollständig spontan ablaufen lassen soll, soll man nach v. d. Hoeven nur exspektativ behandeln, bis der Steiss geboren ist; dann soll man extrahieren, wodurch man eine kindliche Mortalität von nur 3,9% erziele. Haneberg (2) verzeichnet eine kindliche Mortalität von 12,9%; es verliefen 26,7% der Fälle spontan; in 50% waren Manualhilfe und Extraktion erforderlich.

Kubiak (5) berechnet die Frequenz der Querlagen an einem sich über 18 Jahre erstreckenden Materiale auf 1,86% aller Kindslagen. Den häufigsten ätiologischen Faktor bildet das enge Becken, da fast jede dritte Querlage durch diese Beckenanomalie bedingt ist. Als eine besonders interessante, mit neun Fällen belegte Ätiologie ist die operative Gebärmutterbefestigung anzusehen.

3. Nabelschnurvorfall und sonstige Anomalien der Nabelschnur.

1. Arbekow, Zur spontanen Ruptur der Nabelschnur bei ausgetragener Geburt. Russki Wratsch. Nr. 12. Sitzungsb. d. geb.-gyn. Ges. zu Moskau. (Bei der 27jähr. Vpara wurde wegen Blutung bei 2 Finger Eröffnung die Blase gesprengt. Drangwehen. Nach 1½ Stunden wurde die reife Frucht in leichter Asphyxie rasch geboren. Die Nabelschnur war zerrissen, um den Hals geschlungen, stark gewunden; 1/5 der Nachgeburt war mit Gerinnseln bedeckt. Keine Blutung; die Ruptur war vom Fötus 22 cm, vom Mutterkuchen 49 cm entfernt.) (H. Jentter.)
1a. Audebert, Longue survie du foetus (huit heures) après la cessation des battements du corden. Réun. obstetr. et gynécol. de Toulouse. 7. II. (Die betastete Arterie war obliteriert gewesen.)

2. Briggs, H., Kaiserschnitt wegen zu kurzer Nabelschnur als Geburtshindernis. Journ. of obst. and gyn. of the brit. empire. April.
3. Commandeur et Mouret, Insertion vélamenteuse et mésoamniotique du cordon. Réun. obstetr. et gynecol. de Lyon. 12. II.
4. *Dominici, Die syphilitischen Affektionen der Nabelschnur. Virchows Archiv. Bd. 206.
5. Edelberg, H., Ein Fall von Zerreissung des abdominalen Teiles der Vena umbilicalis. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. (Keine Lues; Spontangeburt.)
5a. Gussew, Vorliegen und Vorfall der Nabelschnur. Journ. akusch. i shensk. bol. Okt. (Statistische Arbeit. Auf 57125 Geburten kamen 353 Fälle (0,62 %). Am häufigsten wird die Anomalie bei II parae beobachtet. In 3 % der Fälle Hydramnion, in 5 % Zwillingsgeburt. Mittlere Länge der Nabelschnur 61 cm. In keinem Falle wurde Nabelschnurumschlingung gefunden. In 67 % der Fälle ging das Fruchtwasser frühzeitig ab (enges Becken in 58 % der Fälle, in 2 % weites Becken). Es disponieren noch Frühgeburt, vorliegende Nachgeburt, Vorfall kleiner Teile. In 87 % der Fälle wurde operativ eingegriffen. Die kindliche Sterblichkeit beträgt 35 %. Die beste Prognose gestattet Fusslage, die schlechteste Kopflage. Manuelle und instrumentelle Repositionsversuche werden nicht empfohlen. Bei genügend eröffnetem Muttermund ist möglichst schnelle Beendigung der Geburt indiziert (Wendung, Zange, Herableiten des Fusses, Extraktion) bei ungenügender Eröffnung — klassischer, extraperitonealer oder vaginaler Kaiserschnitt.) (H. Jentter.)
5b. — Vorliegen und Vorfall der Nabelschnur, Russki Wratsch. Nr. 20. (Jedes Vorhandensein der Nabelschnur von dem vorliegenden Teil nennt Gussew Vorfall derselben, unabhängig von dem Abgang des Fruchtwassers. Auf 57125 Geburten der Moskauer Gebäranstalt kamen 353 Vorfälle der Nabelschnur (0,62 %), also 1 : 161. Die Mehrzahl der Fälle betrifft Zweitgebärende (16,4 % bei Erstgebärenden, 83,0 % bei Multiparen). 19 mal handelte es sich um Zwillingsgeburten, in 3 % der Fälle um Hydramnion, in 67 % der Fälle um vorzeitigen Wasserabfluss, in 58 % um Beckenenge. Kopflage wurde in 63 % der Fälle beobachtet, Steisslage nur in 5 %. Die Mortalität der Kinder betrug 35 %, der Mütter 1,1 %. Zum Vorfall der Nabelschnur disponieren Beckenenge, Frühgeburt, vorzeitiger Wasserabfluss, Hydramnion, mehrfache Geburt, lange Nabelschnur, vaginale Placenta praevia, weites Becken, Vorfall kleiner Fruchtteile. Repositionsversuche (manuelle sowie instrumentelle) sind nicht zu empfehlen. Bei genügender Eröffnung schnelle Beendigung der Geburt durch Wendung, Zange, Herableiten des Fusses, Extraktion. Bei geschlossenem Muttermund Kaiserschnitt, klassischer, extraperitonealer, vaginaler.) (H. Jentter.)
6. *Küstner, Diskussion zu Ritter. Gyn. Ges. zu Breslau. 31. X. 11.
7. Löwenhaupt, K., Beitrag zur Kenntnis der Nabelschnurumschlingung und Abschnürung. Gyn. Rundschau Nr. 8.
8. *Makowski, Über Nabelschnurvorfall. Inaug.-Dissert. Breslau.
8a. Mangiagalli, L., Il funicolo come causa di distocia (conferenza). Die Nabelschnur als Ursache von Geburtshindernis (Vortrag). Arte Ostetrica Milano. Anno XXVI. p. 113. (Artom di Sant' Agnese.)
9. Möller, W., Ist eine doppelte Unterbindung der Nabelschnur bei Entbindungen notwendig oder vorteilhaft. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29.
10. Richards, Omphalorrhagia neonatorum. The Journ. of the Amer. Medic. Assoc. 3. II. (Gerinnung des Blutes tritt erst ein nach Einspritzung väterlichen Serums in das kindliche Venensystem.)
11. *Ritter, F., Hämatom der Nabelschnur. Gyn. Ges. zu Breslau. 31. X. 11 und Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20.
12. Stolz, M., Ein Nabelschnurbruch mit Darmfistel und Nabelschnurzyste. Gyn. Rundschau Nr. 4.
13. Teilmann, F., Über präventive Lapisbehandlung des Nabelschnurstumpfes und der Nabelwunde beim Neugeborenen. Hospitalstitende Nr. 15. (Empfehlung der Anwendung von 2—4 % Lapisgaze zum Nabelverband.)
14. Unterberger, Zwei Fälle von spontaner Nabelschnurzerreissung intra partum. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. 29. VI. (Partielle Schnurzerreissungen intra partum; beide Kinder leben; meist verbluten sie sich in solchen Fällen; vielleicht trägt die Umschlingung der Schnur um die Extremitäten Schuld am Zerreissen.)

15. Valeur, Fr., Spontane Heilung eines Nabelschnurbruches. Med. Rev. Bergen 1911. p. 107.
16. Vallois, Anomalies des cordons (enroulement et noeuds multiples) dans deux cas de grossesse gémellaire univitelline avec amnios unique. Bull. de la Soc. d'obstetr. et de la gynécol. de Montpellier. 4. XII.
17. Wechsler, B., Nabelschnurklemme. Amer. Journ. of obstetr. and dis. of women and children. July.
18. Williamson, Death of the child due to rupture of umbilical vessels during labour. Journ. of obst. of the Brit. Emp. April.

Makowski (8) berichtet über 85 Fälle von Nabelschnurvorfall; manuelle Reposition ist der instrumentellen vorzuziehen; gelegentlich kann der extraperitoneale zervikale Kaiserschnitt in Betracht kommen.

Nach Dominici (4) ist beim hereditär luetischen Fötus oft die Nabelschnur auf das Doppelte des Volumens verdickt. Auch ohne Gummabildung sind Spirochäten in der Nabelschnur fast stets zu finden; sie können also auch beim lebenden Neugeborenen gefunden werden und die Diagnose stützen; häufig ist die spezifische Gefässentzündung zu finden. Die Möglichkeit, so die Diagnose Lues auch beim lebenden und anscheinend gesunden Kinde erhärten zu können, ist nicht unwichtig bei der Ammenwahl.

Wenn man es unterlässt, den Nabelstrang nach der Mutter hin zu ligieren, löst sich nach W. Möller (9) ein bedeutend grösserer Prozentsatz der Plazenten innerhalb 15 Minuten als sonst, und nach 30 Minuten sind viel weniger Plazenten noch ungelöst, als wenn der Nabelstrang nach der Mutter hin ligiert wird.

Ritter (11) nimmt für seinen Fall von Hämatom der Nabelschnur ätiologisch Ruptur der Nabelvene in Anspruch, entstanden durch allmählich stärker gewordene Verdünnung der Venenwand bei bestehendem Varix. Küstner (6) ist geneigt, für diesen Fall anzunehmen, dass es auf der Basis der Asphyxie zur Stauung und schliesslich zur Berstung des Gefässes kam.

D. Sonstige Störungen.

1. Abraham, A., Zur Kasuistik der Entbindungslähmung des Plexus brachialis. Inaug.-Dissert. Kiel.
2. Allard, Intrauterine Crying. Brit. med. Journ. 20. VII.
3. Babrodt, Geburtstrauma mit Hämatomyelie. Ver. f. innere Med. u. Kinderheilkunde in Berlin 11. Dez. (Wenig Tage altes Kind mit starken Spasmen; Partus dauerte 31 Stunden).
4. *Bauereisen, Tentoriumzerreissungen bei Neugeborenen. Med. Ges. zu Kiel. 30. Nov. 1911.
5. *Bauereisen, Über die Bedeutung der Tentoriumrisse für das neugeborene Kind. Münch. med. Wochenschr. Nr. 19.
6. Baumm, Bemerkung zu dem Aufsatz von Dr. T. Soli. Arch. f. Gyn. Bd. 98.
7. Behrens, W., Klinische Untersuchungen über Vererbung und Bedeutung der Struma congenita. Inaug.-Dissert. Freiburg 1911.
8. Beneke, Luftembolie im grossen Kreislauf bei Neugeborenen. Freie Vereinig. mitteldeutsch. Gyn. 21. Jan.
9. *Benthin, Intrakranielle Blutungen infolge Tentoriumzerreissung als Todesursache bei Neugeborenen und Säuglingen. Monatschr. f. Geb- u. Gyn. Bd. 36.
10. *Bertkau, Zwei merkwürdige Fälle von Oberschenkelfraktur des Kindes unter der Geburt. Münch. med. Wochenschr. p. 1715.
11. *Bondy, O., Kephalhaematoma externum et internum. Gyn. Ges. zu Breslau. 23. Jan.
12. *— Beitrag zur Differentialdiagnose des Kephalhämatoms. Naturf.-Vers. in Münster 12. gyn. Sekt.
13. Bonhoff und Esch, Über einen Fall von Meningitis purulenta beim Neugeborenen infolge rechtsseitiger eitriger Mittelohrentzündung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70.

14. Bonnaire und Durante, Zur Pathogenese der Blutungen des Neugeborenen; zugleich ein Bericht über vier Fälle von schweren, tödlichen Leberblutungen. Obstétrique 1911. Nr. 10.
15. Brennecke, Riesenkind. Gyn. Ges. zu Breslau. 27. Febr. (6750 g, 65 cm lang; Diskussion: Rosenstein, Hannes, A. Fuchs, Asch, Haertel, Ritter, Gradenwitz.)
15a. Byl, van der, F. W. Th., Intrauterine Verwonding der vrucht. Ned. Tijdschr. v. Gen. I. p. 25. (Zwei kleine symmetrische Wunden am Unterarm, die bald nach der Geburt heilten.) (A. Mijnlieff.)
16. Cammaert, Interessanter Fall von Geburtsstörung. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1911. II. 5.
17. Carlsson, Beitrag zur Kenntnis der Fazialislähmungen nach spontaner Geburt. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45.
17a. — Paul, Beiträge zur Kenntnis von Fazialislähmung nach spontaner Entbindung. Allm. svenska läkartidningen. Nr. 47. (Nach dem Verf. ist: 1. Die Fazialislähmung ist beinahe immer eine perifere. 2. Beruht in solchem Falle auf Druck des Nervenstammes unmittelbar nach dem Austritte durch Foramen stylomast. 3. Der Druck ist meistens von der Symphyse, weniger vom Promontorium verursacht. 4. Die Lähmung wird fast nur bei mässiger Verengung beobachtet. 5. Die Lähmung dauert gewöhnlich 8 Tage.) (Silas Lindqvist.)
18. Cautley, E., Fever in the newborn. Harveian Soc. of London 18. IV. Lancet p. 1202.
19. Church, H. M., Mongolismus beim erstgeborenen Kinde gesunder Eltern. Transact. of the Edinb. Obst. soc. (Als Grund nimmt Autor psychischen Shock bei einem Sturz mit dem Rade 10 Tage nach erfolgter Konzeption als Ursache an.)
20. Colwell and Bryden Gloudining, The presence of blood pigment in the Faeces of the newborn. Royal Soc. of Med. 1. II.
21. Commandeur, Tödliche Blutung eines Neugeborenen infolge einer kleinen Stirnwunde. Gebh. Ges. zu Lyon. 16. März 1911. (Kleine Zangenverletzung; Hämophilie.)
22. *Credé-Hoerder, C., Hat die Blennorrhoea neonatorum abgenommen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45.
23. Davis, E. V., Toxemia and Eklampsia in the newborn Babe. The Journ. of the americ. Med. assoc. Nr. 22.
24. Delmes, P. et J., Sur l'emploi de l'oxygème pur comme traitement de la mort apparente du nouveau-né. Réun. obstêtr. et gynécol. de Montpellier. 7. Dec. (empfehlen bei schwerer Asphyxie subkutane Sauerstoffinjektionen, von denen sie Erfolge haben.)
25. Dingwell, A., Melaena neonatorum Brit. med. Journ. 30. III.
26. *Dührssen, A., Wie können jährlich 50000 Kinder in Deutschland gerettet werden. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 45.
27. *Engelmann, F., Zur Technik und Dosierung der Salvarsaninjektionen bei der Behandlung von Neugeborenen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 3.
28. *Franz, R., Serumtherapie bei Melaena neonatorum. Münch. med. Wochenschr. Nr. 53.
29. *Geiser, E., Beitrag zum Scleroedema neonatorum. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35.
30. Gilles et Drucuing, Fracture claviculaire méconnue et d'origine très vraisemblablement intrautérine chez un nouveau-né. Bull. de la Soc. d'obstétr. et de gynécol. de Toulose 4. 12.
31. Goldberg, D., Le torticolis de naissance est-il origine obstétricale on congénitale Thèse de Paris.
32. Greven, Bekämpfung der Blennorrhoea neonatorum. Deutsche Ärztezeitung Nr. 1.
33. Haller, A., Untersuchungen über Ätiologie und Vorkommen der Skoliosis. Inaug.-Dissert. Freiburg 1910.
34. Harras, P., und W., Sachier, Über ein Angiom der Parotis. Deutsche med. Wochenschr. 1911. Nr. 11.
34a. Haykem, J. H., Intrauterine Verwending van de Vrucht. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 901. Komplizierte Fraktur der Tibia in utera entstanden. (A. Mijnlieff.)
35. *v. Herff, Zur Vorbeugung der Blennorrhoea neonatorum. Arch. f. Gyn. 98.

36. *v. Herff, Zur Behandlung der Schädeleinbrüche der Neugeborenen. Zentralbl. Nr. 39.
37. — Tentoriumriss bei noch nicht eingetretenem Kopfe. Zentralbl. Nr. 38.
38. *Hirsch, Zur Kritik der Schultzeschen Schwingungen als Mittel zur Wiederbelebung asphyktischer Neugeborener. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 10.
39. Humphery, E. M., Gastrointestinale Blutung beim Neugeborenen. Brit. med. Journ. 1911. 14. X. (Heilung durch Kalziumchlorid und Gelatinwasser.)
40. *Jäger, Über kindliche Oberarmfrakturen bei Spontangeburten in Schädellage. Gyn. Rundsch. Nr. 14.
41. Kaul, A., Über abnorm schwere Neugeborene und ihre Gestationszeit. Inaug.-Dissert. Breslau. (Unter Kindern mit 4000 g und mehr besteht ein abnorm hoher Knabenüberschuss. In 75% sind die Mütter Mehr- und Vielgebärende. In 6% bestand eine Verlängerung der Schwangerschaft auf über 302 Tage.)
42. Kerness, S., Die Sterblichkeit der Kinder in den ersten 8 Tagen nach der Geburt und ihre Ursachen. Inaug.-Dissert. München. (2,52% aller lebend geborenen Kinder gehen in den ersten 8 Tagen nach der Geburt wieder zugrunde.)
43. Kloster, R., Künstliche Atmungsbewegungen bei scheintoten Kindern. Med. Revue Bergen 1911. p. 727.
43a. Kogan, Verwundung der Frucht im Mutterleibe. Wratsch. Gaz. Nr. 23. (Wenige Stunden vor der Geburt erhielt Patientin eine tiefe Dolchwnnde in den Leib. Die Frucht wies eine durch die Weichteile des Oberschenkels penetrierende Wunde auf. Heilung von Kind und Mutter [ohne Operation]). (H. Jentter.)
44. Kosmak, W., Fetel overgrowth and its significance in labor. Bull. of the Lying. In Hospitel of the City of New York. Juni.
44a. Kopanewitsch, Zur Technik der Wiederbelebung asphyktischer Neugeborener. Wratsch. Gaz. Nr. 38. (Der Thorax wird von hinten mit beiden Händen gefasst, so dass die Daumen auf den Schulterblättern ruhen. Beim Senken des Kindes (Kopf tief, Steiss hoch) wird der Thorax mit den Händen komprimiert (Exspirium); danach wird das Kind gehoben bis zum Niveau der Schultern des Arztes; die Hände bleiben in derselben Lage um den Thorax, jedoch ohne letzteren zu komprimieren (Inspirium). Diese Schwingungen werden bis zur Wiederherstellung der Atmung fortgesetzt.) (H. Jentter.)
45. Krösing, Vaginalblutung beim Säugling. Wiener klin.-therap. Wochenschr. Nr. 32.
46. *Lange, F., Die Entbindungslähmung des Armes. Münchn. med. Wochenschr. p. 1421.
47. Lehle, Zur Ophthalmoblennorrhöeprophylaxe. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 40 und Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. 7. VII. (Die 5% Sophollösung ist nach jeder Hinsicht als souveränes Prophylaktikum anzusehen. In der Diskussion teilt Potam einen schweren zur Erblindung führenden Blennorrhöefall mit, der durch Sophol sich ereignete.)
48. Litwin, S., Über Geburtsblutungen am kindlichen Schädel. Inaug.-Dissert. Freiburg 1910.
49. Löhlein, Über die beim Trachom und der Blennorrhöe der Neugeborenen beobachteten Epitheleinschlüsse. Med. Ver. zu Greifswald. 4. XI. 11.
50. Mackenzie, R. C., Prevention of ophthalmia neonatorum. Journ. of amer. med. assoc. 1. VI.
51. Masay, Temperatur der Frühgeborenen. Jahrb. f. Kinderheilk. 75,2. (Infolge mangelhafter Entwickelung des Wärmeregulationszentrums reagierten zwei Frühgeburten auf NaCl-Einspritzungen mit hohem Fieber.)
52. Meyer, R. Zur Kenntnis einiger Schädelanomalien der Neugeborenen, Spaltknochen und Defekte der Schädeldeckknochen. Arch. f. Gyn. Geb. (Fälle von Spaltknochen der hinteren Fontanelle, nämlich: 1. typischer, dreieckiger Spitzenknochen der hinteren Fontanelle von besonderer Grösse; 2. viereckiger Spaltknochen der kleinen Fontanelle; 3. zweiteiliger dreieckiger Spitzenknochen der kleinen Fontanelle; 4. zweiteiliger dreieckiger Spitzenknochen; 5. Spitzenknochen von unregelmässiger Form in der kleinen Fontanelle; 6. kleiner Spaltknochen in der kleinen Fontanelle. Dann Fälle von Anomalien der vorderen Fontanelle-Anomalien der Grösse und Verknöcherung. Schliesslich Fälle von Hypoplasie, Aplasie und Defekten der Schädeldeckknochen: 1. völlige Aplasie der Schädeldeckknochen bei Osteogenesis imperfecta; 2. Schädelknochendefekte durch äussere Ursachen; Schädigung des Kopfes durch die Eihäute, die Plazenta oder die Uteruswand; 3. Schädelknochendefekte bei

Hydrocephalus. Eine besondere Art des Hyodrocephalus durch Umschnürung des Schädels.)
53. Mittweg, W., Über Fettsklerem der Neugeborenen. Inaug.-Dissert. Bonn.
54. Morrison, Melaena neonatorum. The Brit. Medic. Journ. 11. V.
55. *Myers, Subcutaneous injection of smell quantities of human blood in spontaneous hemorrhage of new-bom. Arch of Ped. New York. XXIX. 3.
56. *Noack, F., Der Übergang von mütterlichen Scheidenkeimen auf das Kind während der Geburt. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 72.
57. Peltesohn, S., Über einen Fall von Peronäuslähmung durch eine amniotische Schnürfurche. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 13.
58. *Pinkus, Über Schädigung des Auges durch Zangenentbindung. Allg. ärztl. Ver. zu Köln. 4. XI.
59. *Rebaudi, St., Die Aortitis bei kongenital syphilitischen Kindern. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 35.
60. Rentoul, Fracture in utero. The Brit. Med. Journ. 6 VII. (Ein Kind wird geboren mit alter Tibiafraktur; die Mutter war im 7. Monat auf die Kante einer grossen Röhre gefallen.)
61. Risel, Kernikterus beim Neugeborenen. Zwickauer med. Ges. 5. XII. 11.
62. Rössing, H., Klinische Untersuchungen über Deformitäten der Nase bei Neugeborenen. Inaug.-Dissert. Freiburg 1911.
63. Rouvier, J., Un cas derysipele chez un nouveau-né. Réun. obstétr. et gynécol. d'Alger. 10. II.
64. *Schloss, O. M., and L. J. J. Commiskev, Etiology and Treatment of so-called haemorrhagie Disease of New-born. Americ. Journ. of dis. of Child. Chicago. April.
65. *Schweitzer, Zur Blennorrhöe-Prophylaxe. Archiv f. Gyn. 97.
66. *Seitz, L., Über die Genese intrakranieller Blutungen bei Neugeborenen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1.
67. *Simons, C. C., Zwei Fälle intrakranieller Gehirnblutung bei Neugeborenen, welche durch Operation geheilt wurden. Boston Med. and Surg. Journ. Nr. 2.
68. *Soli, Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Schädelimpressionen beim Neugeborenen. Arch. f. Gyn. 97.
69. Sprague, F. H., Tödliche Hämatemesis bei einem Kinde von sechs Stunden. Brit. med. Journ. 23. IX. 1911.
70. Stephan, Über die Lebensaussichten frühgeborener Kinder. Greifsw. Med. Verein. 26. Jan.
71. *Stephan, Melaena neonatorum. Med. Verein in Greifswald. 4. XI. 1911.
72. *Unger, L., Melaena vera. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 39.
73. — Myxödem und Mongolismus eines Neugeborenen. Wien. med. Wochenschr. Nr. 14.
74. *— Status thymico-lymphaticus eines Neugeborenen. Wiener med. Wochenschr. Nr. 18.
75. *Viannay, Ch., Operation einer bei der Geburt entstandenen Schädelimpression. Heilung. Rev. prat. d'obst. et de péd. 12.
76. Voron, Deux cas d'hématémèse chez le nouveau-né. Réun. obstétr. et gynécol. de Lyon. 12. II.
77. *Vorpahl, Ein Fall von Melaena neonatorum, hervorgerufen durch Blutung aus angeborenen Phlebektasien des Ösophagus. Arch. f. Gyn. 96.
78. Waeber, P., Ein Fall von Hämophilie bei einem Neugeborenen. Gyn. Rundschau. Nr. 6. (Weibliches Neugeborenes mit Nabelnachblutung ex haemophilia; erblich belastet; Gelatine versagte, 5 ccm Diphtherieserum injiziert erzielte prompte Heilung.)
79. Waldstein, Über Ventrikelblutungen beim Neugeborenen. Gebh.-gyn. Ges. zu Wien. 13. II. 10.
80. *Weidenbaum, G., Ein Beitrag zur Technik der Credéschen Blennorrhöeprophylaxe. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45.
81. *White, A Foetus with congenital hereditary Graves Disease. Journ. of obstetr. of the Brit. Empire. April.
82. — Caesarian Section in a case of dystocia due to Coils of the Cord, 28 inches long, around the living full-term. male Foetus, 8 lbs. 2 ozs. in weight. Journ. of obst. of the Brit. Emp. April.
83. Willette, R., Au sujet del' aspiration chez le nouveau-né. Le Gynécol. Juni.

84. *Wolff, F., Beiträge zur Entstehung der Melaena neonatorum durch retrograde Embolie nebst Mitteilung eines Falles von Volvulus beim Neugeborenen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72.
85. Wierusz, A., Ein Fall von Schädelverletzung bei hoher Zange. Inaug.-Dissert. Leipzig.
86. Wyass, One the artificive feeding of small and premature infants. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. Oct.
87. *Zahorsky, J., Einige Bemerkungen zur Morbidität und Mortalität der Neugeborenen. Interstate med. Journ. Aug. 11.
88. Zimmermann, Ch., Klinische Untersuchungen über intrauterine Belastungsdeformitäten am Kopf von Schädellagen-Kindern. Inaug.-Dissert. Freiburg 1910.
89. *Zweifel, P., Zur Verhütung der Augeneiterung der Neugeborenen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27.

Nach Dührssen (26) erliegen jährlich 40000 Kinder den Weichteilschwierigkeiten unter der Geburt; 10000 fallen dem engen Becken zum Opfer; die ersteren sollten durch den Metreurynterschnitt, die letzteren durch den Flankenschnitt nach Solms gerettet werden.

Zahorsky (87) weist darauf hin, dass bei Frühgeborenen, namentlich wenn sie in der Couveuse liegen, die Wärmezufuhr nicht selten in schädigender Weise übertrieben wird; ferner ist gerade bei Pflege von Frühgeborenen zu beachten, dass sie einen grösseren Kalorienbedarf als andere Kinder haben und demzufolge oft zunächst mehr Nahrung haben müssen, als die Mutter liefern kann.

Für die Pathologie des Neugeborenen spielen nach den Untersuchungen Noacks (56) die maternen Scheidekeime sowohl infolge ihrer grösseren Virulenz als auch infolge der ja sehr mannigfachen Infektionsgelegenheiten für die Pathologie des Neugeborenen eine viel grössere ätiologische Rolle als die Aussenkeime, so z. B. beim Pemphigus simplex, bei allen gonorrhoischen Affektionen; ferner namentlich bei Pneumonie, bei Otitis media und Meningitis purulenta, bei der Mastitis der Neugeborenen, bei Magendarmaffektionen und auch bei aseptischen Nabelerkrankungen.

Nach Hirsch (38) sollen asphyktische Kinder nicht sogleich geschwungen werden, sondern im Bade nach Ahlfeld soll erst daraufhin beobachtet werden, ob irgendwelche für eine intrakranielle Blutung sprechende Zeichen vorhanden sind; solche Kinder sollen überhaupt nicht geschwungen werden, sie gehen durch die Schwingungen zugrunde. Namentlich auch nach schweren Zangenextraktionen ist Vorsicht bei den Schwingungen am Platze.

Bauereisen (4 u. 5), Benthin (9) und Seitz (66) beschäftigen sich mit der Bedeutung der Tentoriumrisse für die intrakranielle Blutung. Benthin berichtet über 10 Fälle mit tödlicher Blutung infolge Tentoriumzerreissung und kommt zu dem Schluss, dass diese Zerreissungen auch in der Austreibungsperiode bei Kopflagen besonders durch einen zu plötzlichen und zu sehr falsch gemachten Dammschutz, ja vielleicht auch durch einen zu unrecht erzwungenen Ritgenschen Handgriff entstehen können. Bauereisen beobachtete unter 667 Geburten 11 Kinder mit Tentoriumrissen; alle Kinder stammten von operativ beendeten Geburten, alle waren asphyktisch geboren; 2mal Zange, 9mal Extraktion bzw. Veit-Smellie; fünf Kinder waren nicht völlig reif. Die Technik der betreffenden geburtshilflichen Operation bildet einen nicht unwichtigen Faktor in der Ätiologie, ebenso das enge Becken. Auch nach Bauereisen kann ungeeigneter Dammschutz, wo der Kopf stark von Schläfe zu Schläfe komprimiert wird, zu Tentoriumrissen führen. Bei solchen Kindern können die Schultzeschen Schwingungen verderblich werden; hier ist die Methode Ahlfeld am Platze. Spinale Symptome bei relativer Ruhe des Kindes, stark blutiger Liquor als Lumbalpunktat sprechen für allmählich auftretende infratentoriale Blutung. Alle langsam sich entwickelnden supratentorialen Blutungen sind der chirurgischen Therapie zugängig; hier sind die Symptome Unruhe, Spannung der grossen Fontanelle, Rindenkrämpfe.

Seitz (66) fand unter 30 Beobachtungen den Bluterguss in ca. 50 % der Fälle unmittelbar über dem Tentorium und in dem hinteren Abschnitt der Schädelbasis oder unmittelbar über dem Kleinhirn der Medulla oblongata. In den anderen 50 % lässt schon der Sitz der Blutung einen Tentoriumriss sicher ausschliessen. Schliesslich ist auch nicht jeder Tentoriumriss identisch mit einer Blutung.

Über operative Behandlung intrakranieller Blutungen berichten Simons (67) und Viannay (75); sowohl die bei den Simons, wo mittelst eines osteoplastischen Lappens trepaniert wurde, als auch der Fall Viannays, wo bei der Trepanation gleichzeitig eine Impression mitgehoben wurde, gingen in Heilung aus.

Zur Hebung der Schädelimpressionen empfiehlt Soli (68) das Vicarellische Korkzieher-Instrument nach vorgängiger Inzision der Weichteile, während v. Herff (36) die Korkziehermethode ohne Inzision und des ferneren die Hebung der Impression nach A. Hoffmann mittelst digitalen konzentrischen Druckes empfiehlt.

Bondy (11, 12) konnte ein Zangenkind mit walnussgrossem, durch einen Knochenspalt reponiblem Kephalhämatom beobachten. Acht Monate alt wurde das Kind von Küttner operiert und dabei bestätigt, dass es sich tatsächlich um ein Kephalhämatom und nicht um eine Meningocele handelte. Die Blutgeschwulst liess sich in toto ausschälen, darunter lag durch einen Knochendefekt die Dura zutage; auf Grund der mikroskopischen Untersuchung handelt es sich nun nicht sowohl um ein Kephalhämatom als um ein kongenitales Angiom.

Pinkus (58) berichtet über zwei Fälle von Augenverletzungen bei schweren Zangenentbindungen; in dem einen Falle kam es durch Druck mit der Zange zu einer Verletzung der Descemetschen Membran mit folgender Hornhauttrübung, im zweiten Falle zu einer Sympathikuslähmung am rechten Auge.

In dem einen Falle Bertkaus (10) kam es zur Fraktur des Femur, indem bei der Extraktion sich wohl das Bein am Promontorium anstemmte, während der Steiss auf dem linken horizontalen Schambeinast der Mutter fixiert wurde. Im zweiten Falle handelte es sich um eine Torsionsfraktur, dadurch entstanden, dass bei der Wendung der rechte Fuss bei gebeugtem Oberschenkel und Knie mit der Sohle auf der Linea innominata festfuhr und nun bei der Drehung des kindlichen Rückens nach links gebrochen wurde.

Über zwei sehr merkwürdige Oberarmbrüche berichtet Jaeger (40); in beiden Fällen war Dammschutz gemacht worden; in dem einen Fall ist wohl der Bruch durch Anheben des Kopfes bei Geburt der hinteren Schulter entstanden, indem so der vordere Oberarm an dem Schambogen frakturiert wurde; begünstigend hatte wohl gewirkt, dass die Hand der Schulter anlag.

Nach Lange (46) ist ein Teil der sog. Entbindungslähmungen nichts weiter als eine Distorsion im Schultergelenk; wird sie nicht erkannt und erst nach Monaten oder Jahren den Orthopäden zugeführt, so muss dann eventuell eine blutige Kapseldehnung stattfinden.

Wolff (84) konnte bei neugeborenen Hunden durch Injektion von steriler Tuschesuspension in die Nabelvene den Tod durch Magendarmblutungen, das klinische Bild der Melaena neonatorum erzeugen. Er teilt ferner einen Fall von Melaena neonatorum mit, wo von einem auf der Basis einer Streptokokkeninfektion intravital entstandenen Nabelvenenthrombus die Melaena ihren Ausgang nahm. Die normale Anatomie lehrt, dass der direkte Weg von der Nabelvene in die Magendarmvene beim Neugeborenen weit und kurz ist, so dass sehr wohl hier ein die Melaena auslösender Embolus passieren kann. Schliesslich berichtet er noch über einen Volvulus, der unter den Erscheinungen der Melaena am ersten Lebenstage einsetzte.

Vorpahl (77) beobachtete ein neugeborenes Kind mit Melaena-Symptomen, welches am 3. Tage starb. Als Blutungsquelle erwies sich der Ösophagus, in dem unter der Schleimhaut schon makroskopisch sichtbar varikös erweiterte Venen waren. Bisher ist dieser Fall einzig in seiner Art.

Unger (72) beobachtete unter 6000 Geburten 9 Fälle von Melaena vera; es starb nur ein Kind; wichtig für den günstigen Ausgang ist die Ernährung durch Muttermilch. Therapeutisch kommen Gelatine, Kali chloratum, Serum in Betracht.

Bezüglich der Melaenatherapie tritt Stephan (71) warm für die Gelatinetherapie ein, Franz (28) sah Versager vor der Gelatinetherapie und berichtet über fünf Heilungen mittelst Injektion von Nabelschnurblutserum (10—25 ccm). O. M. Schloss und Commisky (64) und Myers (55) berichten über Erfolge durch Injektion von Blut, und zwar spritzte er 3 ccm Blut, welches der Armvene der Mutter entnommen war, dem Kinde ins Gesäss; nach zwei Stunden Wiederholung der Injektion; Heilung.

Schweitzer (65) hat an Froschschwimmhäuten und Schwanzflossen kleiner Fische Versuche mit den verschiedensten Blennorrhöe-Prophylakticis gemacht; diese zeigen, dass die Gewebeschädigung bei Argentum aceticum viel geringer ist als bei Argentum nitricum. Sophol zeigt ebenfalls fast keine Gewebeschädigung, seine Lösungen sind aber zu empfindlich und unbeständig. Aus diesen Gründen empfiehlt Zweifel (89) wiederum das essigsaure Silber mit Nachspülen der Augen wärmstens für die Hebammenpraxis.

Nach v. Herff (35) muss das von den Hebammen allgemein zum Credéisieren anzuwendende Mittel ganz erheblich mehr leisten als Argentum nitricum und aceticum. Dies ist das Sophol. Die Einträufelung soll erst nach dem Bade und nach dem Anziehen des Kindes geschehen. Im Frauenspital Basel-Stadt kommen jetzt Frühinfektionen nicht mehr vor.

Weidenbaum (80) empfiehlt, um Reizerscheinungen zu vermeiden, die frische Zubereitung des Argentum nitricum aus stets zu diesem Zwecke mitzuführenden Kristallen, welche Merk in Pastillenform in den Handel bringen wird.

Nach Credé-Hoerdes (22) ist die ausserklinische Verbreitung der Blennorrhöe und die daraus resultierenden Fälle von Erblindung kaum geringer als vor 25 Jahren.

Rebaudi (59) untersuchte 17 Föten, die infolge positiven Spirochätenbefundes als sicher syphilitisch anzusehen waren. 13 zeigten in der Aorta histologische Veränderungen, die auf Lues zu beziehen sind und wohl die Ursache der Frühgeburt bzw. des Todes nach der Geburt sein können. Sie sind gleich den von Heller bei der Aortitis der Erwachsenen erhobenen Befunden. Diese Aortitis ist nicht notwendigerweise immer durch daselbst zur Ansiedlung gelangte Spirochäten hervorgerufen; sie ist in manchen Fällen als toxische Wirkung des in anderen Organen angesiedelten Keimes anzusprechen.

Nach Engelmann (27) ist bei richtiger Technik die intravenöse Verabfolgung von Salvarsan auch beim Neugeborenen stets möglich; bei schweren Fällen sollten nicht unter 0,04 g pro dosi gegeben werden, sonst weniger. Auf diese Weise sind 6 Kinder mit kongenitaler Lues mit gutem Erfolge behandelt worden.

Geiser (29) berichtet über acht Fälle von Skleroedema neonatorum aus der Berner Klinik; in einem Fall hatte das Kind eine Albuminurie, in drei Fällen zeigte die Mutter Nephritis, in einem Fall Myxödem; drei Kinder starben; ein Kind erst wochenlang nach der Entlassung aus der Klinik an Enteritis. Therapeutisch ist reichlich Wärmezufuhr wichtig; ferner heisse Bäder und Massage.

Unger (74) beschreibt eingehend ein neugeborenes Kind, das mit allen anatomischen Merkmalen des Status thymico-lymphaticus behaftet war; ein analoger Fall ist bisher noch nicht in der Literatur niedergelegt.

White (81) sah das Kind einer mit Basedow behafteten Frau mit typischen Basedowsymptomen behaftet zur Welt kommen; starke Protrusio bulbi, feinschlägiger Tremor der Hände, 150—200 Puls; es starb nach 35 Stunden. Auch pathologisch-anatomisch zeigte es alle Stigmata für Basedow; Veränderungen der Schilddrüse, leichte Vergrösserungen der Nebennieren, schliesslich auch ein Hämatom der Duramater

VIII.

Pathologie des Wochenbettes.

Referent: Dr. Bracht.

A. Puerperale Wundinfektion.

1. Ätiologie, Pathologie.

1. *Ahlfeld, F., Inwieweit hat bisher die Einführung der Asepsis und Antisepsis die puerperale Infektionsmortalität ganzer Länder beeinflusst? Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge. Nr. 651. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 2237.
2. Altkaufer, H., Fall von aussergewöhnlich günstig abgelaufener puerperaler Inversion von Scheide und Gebärmutter samt deren haftender Plazenta. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 723. (Berichtet über die Inversion des Uterus bei einer 24-jährigen II-para, die er in schwerem Kollaps antraf. Die sofortige manuelle Lösung und Reposition des Uterus nach kurzer Desinfektion der Hände und des beschmutzten Wundgebietes war von Erfolg begleitet.)
3. *Amersbach, R., Über die Staphylokokken in den Geschlechtswegen normaler Schwangerer. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. H. 2. p. 511.
4. *Aschoff, de la Camp, v. Beck, Krönig, Beiträge zur Thrombosefrage. Leipzig. Vogel. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 649.
5. Atabekow, Zur Extasie der Venen des Endometriums. Journal akusch. i shensk. boles. April. (4 Tage nach der Entlassung aus der Anstalt nach normalem Wochenbett Wiederaufnahme. Akute Anämie. Im Cavum uteri wird ein Tumor konstatiert. Curettage vergeblich. Wegen drohender Verblutung Extirpatio uteri per vag. Heilung. Mikroskopisch erwies sich der Tumor als bestehend aus dilatierten, extatischen, mit Thromben ausgefüllten Venen; stark ausgeprägte hyaline Degeneration der Gefässe.) (H. Jentter.)
6. Audebert, M., Diskussion zu Mériel (82).
7. Berdnikow, Die Differenzierung der Mikroorganismen aus der Streptokokkenreihe. Russki Wratsch. Nr. 12. Sitzungsb. der mikrobiolog. Gesellsch. zu St. Petersburg. (H. Jentter.)
8. Biró Ödön, Sublimat-injectioval meggyogyitott puerperalis sepsis. — (Aus der Sitzung des Vereins der Spitalsärzte am 10. Januar 1913; ref. Orvosi Hetilap. Nr. 8. (Intravenöse Sublimatinjektion bei einem Falle von Sepsis nach Abort; Heilung.) (Temesváry.)
9. *Bondy, O., Klinische und bakteriologische Beiträge zur Lehre vom Abort. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. H. 2. p. 417.
10. *— Die Bedeutung der Pneumokokken für die puerperale Infektion. Zeitschr. f, Geb. u. Gyn. Bd. 72. H. 3. p. 631.
11. *— Über die pathogene Bedeutung anhämolytischer Streptokokken. Zentralbl. f. Gyn. 1368.
12. Bonnaire, Forme rare de septicémie streptococcique postpuerpérale. Soc. anatomique de Paris. März. Ref. La presse méd. März. p. 234.
13. *Boquel, A., Sur le traitement des péritonites au cours de la puerpéralité. Soc. obst. de France. October 1911. Bericht: Annales de gyn. et d'obst. Dezember 1911. p. 731.
14. Brandt, Chr., Barselfebre ag feber i barselsengen. Kindbettfieber und Fieber im Wochenbett. (Norsk magazin for laegevidenskaben. p. 1441. Trotz Anti- und Aseptik, trotzdem die Technik derselben in ihrer Ausführung und Handhabung bis ins Übertriebene sich entwickelt hatten, kommen bei den Geburten und Wochenbetten verhältnismässig oft Fieber vor. Es ist ungerecht, wenn unkritische Ärzte

und nach denen das unkritische Publikum bei solchen Fällen immer dem Geburtshelfer — sei es ein Arzt oder eine Hebamme — die Schuld geben. Es kommen im Wochenbette Infektionen vor, die man als Selbstinfektionen bezeichnen muss, insofern, als der Geburtshelfer für dieselben keine Verantwortlichkeit trägt. Der Streit um die Autoinfektion lässt sich zum Teil daraus erklären, dass die verschiedenen Forscher unter demselben Namen verschiedene Begriffe verstehen. Unter diesen Fiebern im Wochenbette spielen akzidentelle Krankheiten keine kleine Rolle, sowie: perforierende Geschwüre des Magen-Darmtraktus, Appendizitis, geborstene alte Pyosalpingen oder Beckenabszesse, Gonorrhöe, vor der Geburt entstandene Thromben usw. Auch mit dem Blutstrom können Infektionsträger zugeführt werden zu den Genitalien, die im Wochenbette einen locus minoris resistentiae bilden. Die ursprüngliche Infektion kann in den Tonsillen, in den Brustdrüsen, in den Ohren oder anderswo ihren Sitz haben. Durch Selbstinfektion können ernsthafte Kindbettfieber entstehen. Verf. teilt einige einschlägige Fälle mit, z. B.: Tbc. pulmon., subfebriles Wochenbett, Exsudat im Abdomen rechts vom Uterus. Exitus letalis 29 Tage nach der Geburt. Sektion: Salpingitis tuberculosa, die sich in den Uterus bis in die Plazentarstelle fortgepflanzt hatte. Das Kind starb 26 Tage alt, seine Lungen zeigten sich durch und durch tuberkulös, wahrscheinlich kongenitale Tuberkulose. Oder: Wochenbett 14 Tage hindurch vollständig normal (Klinikbeobachtung). Zwei Wochen später septisches Fieber. Mors. Sektion: Normale Genitalien. Eingangspforte der Infektion nie sicher, wahrscheinlich eine kleine Wunde an der kleinen Zehe. Solche und ähnliche Fälle zeigen, dass zuweilen nur die Sektion aufklären kann, ob ein Fieber im Wochenbette ein wahres Kindbettfieber ist und es wird eine Pflicht sein, nicht gleich dem Geburtshelfer die Schuld aufzuwälzen.) (Kr. Brandt.)

15. Brugnatelli, E., Sulla formazione in vitro di anafilotossina da streptococco. Über die Bildung von Anaphylatoxin durch Streptokokken in vitro. Folia Gynaecologica. Pavia. Vol. 7. Fasc. 3. (Mittelst der Streptokokken und der Friedbergerschen Technik ist es möglich, die Formation von Anaphylatoxin in vitro zu erzielen und den charakteristischen anaphylaktischen Schock hervorzurufen, wenn das Gift dem Kaninchen auf endovenösem Wege zugeführt wird. Das Streptococcus-Anaphylatoxin enthält keine pyrogenen Stoffe. Das Streptokokken-Anaphylatoxin verliert gleich den anderen, wenn es durch eine Kerze filtriert wird, einen grossen Teil seiner toxischen Wirkung.) (Artom di Sant' Agnese.)

16. — Batteriemia puerperale da bacillo del gruppo della „setticemia emorragica" (Pasteurelle.) Wochenbettbakteriämie durch einen Bazillus aus der Gruppe „Septicaemia haemorrhagica (Pasteurelle). Folia Gynaecologica. Pavia Vol. 7. Fasc. 3. (Der genau festgestellte Keim hat nicht die gewöhnliche hämorrhagische Symptomatologie wie bei den Tieren, besonders den Vögeln, hervorgerufen. Der Symptomenkomplex wies im grossen und ganzen einen gutartigen Verlauf auf.) (Artom di Sant' Agnese.)

17. *Bukura, Konstantin, Zur Sterblichkeit an Kindbettfieber. Hebammenzeitung Wien 1911. Nr. 9 u. 10. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 789.

18. *Bumm, E., und Sigwart W., Zur Frage der Selbstinfektion. Arch. f. Gyn. Bd. 97. Heft 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1254.

19. *Burckhardt, O., Saprämie oder Bakteriämie? Arch. f. Gyn. Bd. 95. Heft 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 445.

20. — (Diskuss. zu Hüssy [53]) neigt mehr der Ansicht zu, dass häufiger Keime, die schon in der Scheide der Schwangeren gelebt haben, im Wochenbett pathogenen Charakter erwerben und letale Eigenschaften entfalten können, während sie unter ungünstigeren Bedingungen harmlos bleiben mögen.

21. Callmann, Puerperale Pyämie. Ärztlicher Verein in Hamburg. Sitzg. 16. Jan. Ref. Deutsche med. Wochenschr. p. 1114.

22. Cameron, Murdoch, Puerperal fever from a consultant's point of view. Glasgow obst. and gyn. soc. Febr. Ref. The journ. of obst. and gyn. of the Brit. emp. Juni. p. 368. (Cameron schuldigt für die Enstehung des Wochenbettfiebers in erster Linie an: die allzu leichtfertige Anwendung des Forzeps, die Weichteilverletzungen, die prolongierte Geburtsdauer, den Mangel an der nötigen Vorsicht, die ungenügende Kontrolle der Hebammen. Hinsichtlich der prognostischen Beurteilung der Fälle hebt er als ein für den Praktiker wichtiges Zeichen, das Zittern der Stimme hervor, das gerade bei schweren Infektionen beobachtet wird und hier allzuoft in

einem augenscheinlichen Missverhältnis steht zu dem subjektiven Wohlbefinden der Patientin.)
24. *Chalmers, A. K., Diskussion zu Russel (99).
25. *— Puerperal fever in relation to the department of public health. Glasgow obst. and gyn. soc. Febr. Ref. The journ. of obst. and gyn. of the Brit. emp. June. p. 372.
26. *Craig, James, Puerperal fever from a general practitioners standpoint. Glasgow obst. and gyn. soc. Febr. Ref. The journal of obst. and gyn. Juni. p. 369. (Craig sieht in der Sauberkeit der Umgebung der Kreissenden und Wöchnerin die grösste Garantie für ein ungestörtes Wochenbett. Schwächliche, anämische und hochgradig nervöse Frauen zeigen eine stärkere Disposition zu Wochenbettinfektionen; dunkelhaarige Individuen erweisen sich Infektionen gegenüber widerstandsfähiger, Tuberkulöse, Rheumatiker erkranken bedeutend seltener.)
27. Czyborra, Arthur, Zwei Puerperalfieberepidemien in Ostpreussen. Dissert. Königsberg. Febr.
28. *Duffek, E., Untersuchung über septische Thrombosen. Archiv f. Gyn. Bd. 96. H. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 868.
29. *Esch, P., Vorgänge bei der Puerperalinfektion. Zeitschr. f. ärztliche Fortbildung. Bd. 9. H. 2, Ref. Deutsche med. Wochenschr. p. 526.
30. *— Die Vorgänge bei der puerperalen Infektion mit besonderer Berücksichtigung der Infektion mit endogenen Keimen. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung. H. 2.
31. Fabre et Bourret, Etude de la morbidité dans les suites de couches à la Clinique obstétricale pendant l'année 1911. Bulletin de la soc. d'obst. et de gyn. p. 108.
32. Farland, Mac W. L., Bakteriology of puerperal infection. Bull. of Lying-In Hospital of City of New York. June VIII. Nr. 11. p. 1/44. Ref. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Febr. p. 517. (Sammelreferat.)
33. *Farrage, J., Case of septicaemia with origin before onset of labor. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. p. 1354. (Farrage beschreibt eine tödlich verlaufene Septikämie, die schon 2 Tage vor der etwas vorzeitigen Geburt ihren Anfang genommen hatte. Neben den Zeichen einer allgemeinen Infektion hatte die Patientin vor allem über Gelenk- und Muskelschmerzen zu klagen. Die Geburt war spontan in kurzer Zeit erfolgt, nach einmaliger Exploration mit Gummihandschuh. Vor der Geburt hatte die Frau die Vulva und den Damm täglich mit einer Salbe „Mothers Friend" eingerieben. Bakteriologisch fanden sich in den Lochien Koli und nicht näher bestimmte Kokken.)
34. *Ferguson, H., Pyosalpinx in the puerperium. Edinburgh obst. soc. 10. Jan. Ref. The Brit. Med. Journ. p. 126.
35. Findley, Palmer, Puerperale Thrombophlebitis. Journ. of obst. and dis. of women and children. Dez.
36. Finkel, A., Über die puerperale Morbidität nach spontanen Geburten. Dissert. München. Okt.
37. Fischbein, M., Bakteriologie der Peritonitis. Amer. Journ. of Med. Scienc. Nr. 4. (Gonokokken gelang es in keinem Falle nachzuweisen.)
38. *Franke, Carl, Parametritischer Abszess mit Durchbruch beiderseits durch das Foramen ischiadicum in die Regio glutaea. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 10. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1078.
39. *Freund, H., Drei Fälle von Tetanus puerperalis. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. H. 1. p. 97.
40. Friedrich, H., Zur Kenntnis der Saprämie und Bakteriämie bei fieberhaften Aborten. Arch. 95. H. 3. Ref. Zentralbl. Nr. 14. p. 445.
41. *Geddes, George, Statistic of puerperal fever and allied infectious diseases. Bristol, John Wright and Sons. Ref. The Lancet. Sept. p. 883.
42. *Godart, Jos., Abcès de l'utérus post-partum. Réunion semi-mensuelles de la policlinique de Bruxelles. Mars. Ref. La Presse méd. Aug. p. 670.
43. Grütz, Otto, Untersuchungen über das Vorkommen von hämolytischen und anhämolytischen Streptokokken in der Umgebung des Menschen, nebst Übergang von anhämolytischen in hämolytische Formen. Dissert. Leipzig. Febr.

44. *Hamm, A., Die puerperale Wundinfektion. Berlin. Jul. Springer. Ref. Zentralbl. Nr. 43. p. 1434. (Hamm betrachtet die verschiedenen puerperalen Infektionen nach dem etwas modifizierten Schema von Aschoff, indem er unterscheidet: artifizielle und spontane exogene, artifizielle und spontane endogene und eine metastatische Infektion. Als einzige zurzeit gültige Kennzeichen der Virulenz eines Keimes sind anzusehen: die Wachstumsenergie und sein Vorkommen in Reinkultur. Sein Versuch, die Formen des Puerperalfiebers zu schematisieren, schafft folgende Einteilung nach dem Infektionswege: eine auf die Geburtswunden beschränkte Infektion, die auf dem Lymph-, Blut- und Tubenwege sich ausbreitenden Infektionen. Eine reine Wundintoxikation wird als Erkrankungsform nicht anerkannt. Für die beste Errungenschaft der modernen Therapie hält er die Anerkennung eines schonenden und zurückhaltenden Prinzipes.)

45. Harrigan, A. H., Intramural abscess of the puerperal uterus. Intraperitoneal rupture. Hysterectomy and recovery. The New York academy of medicine. Section on obst. and gyn. May. Ref. The amer. journ. of obst. and gyn. Sept. p. 468. (Exstirpation eines grossen puerperalen Uterus mit intramuralem Abszess, der an der linken Wand zum Durchbruch gekommen war und zur Verklebung mit den Adnexen dieser Seite und dem Sigmoideum geführt hatte. Ausgang in Heilung.)

46. Heimann, Fritz, Experimentelle Beiträge zur Prophylaxe und Therapie der septischen Infektion. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 71. H. 3. p. 553.

47. Heynemann, Th., Zur Ätiologie der Pyosalpinx. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. H. 3.

48. Himmelfarb, Der heutige Stand der Frage über die puerperale Infektion. Wratsch. Gaz. Nr. 3. Sitzg. der Ärzteges. zu Odessa. (H. Jentter.)

49. Horvàth Mihály és Kalledey Lajos, Befolyasolja-e az intravenás Sublimatkezelés a bakteriumok virulentiàját? Orvosi Hetilap Nr. 17. (Die mit Anthrax-Emulsion geimpften Kaninchen wurden mit intravenösen Sublimatinjektionen behandelt. Von den behandelten Tieren starben weniger, als von den nicht behandelten Kontrolltieren, auch war der Krankheitsverlauf bei jenen günstiger. Wurde die Lymphe der behandelten Tiere in gewissen Zeiträumen untersucht, so fand sich, dass die Bakterienkapseln allmählich verschwanden, dass also die Virulenz der Keime immer abnahm.) (Temesváry.)

50. Houch, E. O., Die Behandlung des septischen Aborts. Cleveland med. Journ. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1059. (Ist eifriger Anhänger der exspektativen Methode, Gegner der Tamponade.)

51. *Hüssy, Spontaninfektion intra partum. Med. Ges. Basel. 18. I. Ref. Deutsche med. Wochenschr. p. 1438. (Hüssy sieht in den Aussenkeimen die Erreger der schweren Infektionen, die Eigenkeime spielen bei den Retentions- und Resorptionsfiebern eine grössere Rolle.)

51a. — Untersuchungen über den Einfluss von Blutserum auf die bakteriologische Flora des Lochialsekretes fiebernder Wöchnerinnen. Gynäkol. Rundschau 1912. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 790.

52. —* P., Sechs Puerperalfieberfälle mit interessantem bakteriologischem Befunde. Zentralbl. f. Gyn. p. 358.

53. *— Die Virulenz der Keime im Infektionskampf. Bayerische Ges. f. Geb. u. Gyn. München 7. Juli. Ref. Münch. med. Wochenschr. p. 1933.

54. — P., Spontaninfektion in der Geburtshilfe. Schweizer Korrespondenzbl. Nr. 14. Ref. Deutsche med. Wochenschr. p. 1110.

55. Jacobs, Septicémie puerperale grave; curettage, exérèse génitale totale; mort. Soc. belge de gyn. et d'obst. 15. Juni.

56. *Jardine, R., The prevention of puerperal infection. Glasgow obst. and gyn. soc. Febr. Ref. Journal of obst. and gyn. of the Brit. emp. p. 374.

57. *Jeannin, C., Comment doit-on actuellement décrire les phlébites utéro-pelviennes des suites de couches? La Presse méd. Nov. p. 1007.

58. *— M., Etiologie et Symptomatologie des phlébites puerperales. Soc. obst. de France. Paris, October. Ref. Presse méd. p. 966.

59. Iljn, Puerperale Infektion. Journal akusch. i shensk. bol. Oktober. (Sammelreferat). (H. Jentter.)

60. *Johnston, A., Puerperal fever as seen in the Municipal Hospital Wards. Glasgow Obst. and Gyn. soc. Febr. Ref. The journ. of obst. and gyn. Juni. p. 363.

(Johnston bringt eine Übersicht über 652 innerhalb von 9 Jahren beobachteter Puerperalfieberfälle mit 263 Todesfällen (40,3%). Die 302 Fälle von Fieber im Wochenbett während der letzten 3 Jahre werden tabellarisch der genauen Diagnose nach aufgeführt. In 12 Fällen handelte es sich um fieberhafte Erkrankungen nicht puerperalen Ursprunges. Aus der Zusammenstellung erhellt zur Genüge, dass der Ausgang einer Infektion unvergleichlich viel häufiger vom Uterus aus seinen Ursprung nimmt, als von anderen Weichteilwunden, Zerreissungen etc. aus.)

61. *Jordan, J. F., Puerperal-Infektion. Brit. med. journ. 6. Juli. Ref. Berliner klin. Wochenschr. p. 1582.

62. *Jötten, K. W., Über die Bedeutung der Streptokokkenbefunde im Vaginalsekret Kreissender. Zentralbl. 46. p. 1529.

63. Katz, Ist Septikämie mit normaler Temperatur möglich? Russki Wratsch. Nr. 33. (Tödlicher Fall von Sepsis post abortum mit normaler Temperatur. Im Blute Streptokokken.) (H. Jentter.)

64. *King, The influence of the gonococcus in the puerperium. The amer. jouru. of obst. Febr. p. 290.

65. *Knoke, Adolf, Ein kasuistischer Beitrag zur Frage der endogenen Infektion. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46. p. 1537. (Knoke teilt zum Kapitel der endogenen Infektion folgenden Fall mit: 28-jährige IV-para, wird zugleich mit dem vorzeitigen Blasensprung am normalen Ende der Schwangerschaft von einem Schüttelfrost befallen. Fast einen halben Tag später konnte die Temperatur bestimmt werden: 39,1°. Nach 5 weiteren Stunden Entbindung durch Cervixinzisionen und Zange. Exitus am 6. Tage des septischen Wochenbettes. Die Sektion ergab nirgends anders einen Infektionsherd als im Uterus. Im übrigen boten die Organe die Zeichen der Sepsis mit dem schon intra partum in der Scheide und am 2. Wochenbettstage im Blute nachgewiesenen Streptococcus haemolyticus. Wahrscheinlich seien diese Keime schon in der Schwangerschaft in Scheide oder Vulva vorhanden gewesen und zu Beginn des Partus in das Kavum aufgewandert.)

66. Koblanck, Kolisepsis. Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. November. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 655.

67. — Das Kindbettfieber, seine Ursache, Prophylaxe und Behandlung. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. H. 13.

68. *— Zur Frage der Einschränkung der inneren Untersuchung und des Verbotes der Tamponade. Ann. f. d. ges. Hebammenwesen. Bd. 3. H. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1063.

69. *Köhler, R., Kolibakteriämie puerperalen Ursprunges. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 50. p. 1681.

70. *— Kutanreaktion bei Sepsis puerperalis. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. H. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 406.

71. *Kroemer, P., Über die Bedeutung der Streptokokken und die Behandlung des fieberhaften Abortes. Therapie der Gegenwart 1911. November. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1058.

72. Küster, H., Über Wesen und Frühsymptome der Thrombose und Embolie. Berl. klin. Wochenschr. 1911. Nr. 51.

73. — Ist nun die Existenz eines prämonitorischen Temperatursymptoms bei Thrombose und Embolie erwiesen? Zentralbl. 22. p. 704.

74. Kutner, R., und Schwenk, Der therapeutische und diagnostische Wert des Gonokokkenvakzins. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 5. p. 144. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1262.

75. *Lamers, A. J. M., Über die Hämolyse der Streptokokken im Scheidensekret Schwangerer und Wöchnerinnen. Arch. f. Gyn. Bd. 95. H. 1 und 2. Ref. Zentralblatt f. Gyn. p. 339.

76. Laubenheimer, K., Bemerkungen zur Kritik der Händedesinfektionsmethoden von K. Schaeffer. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. H. 3. (Entgegnung auf den Schaefferschen Aufsatz) siehe Therapie.

77. Levy, Heinrich, Über die Bedeutung der bakteriologischen Scheidensekretuntersuchung für die Diagnose und Prognose des Puerperalfiebers. Dissert. Strassburg.

78. Liepmann, W., Der „neue Gesichtspunkt“ in der Selbstinfektion. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 7. p. 204. (Siehe: Winter. [122])

79. Loeb, F., Die Sterblichkeit an Kindbettfieber in Bayern. 1881—1910. Monatsschrift 35. 3.

80. Loewy, Robert, Infection Puerpérale. Curettage tardif. Continuation des accidents. Hystérectomie totale. Guérison. Soc. des chirurgiens de Paris. Juillet. Ref. La presse méd. August p. 664.
81. *Magnus, Georg, Weitere Untersuchungen über die Inkubationszeit nicht angezüchteten Keimmateriales bei der puerperalen Infektion. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 115. H. 1, 2. Ref. Münch. med. Wochenschr. p. 1621. (Magnus knüpft in seinen Untersuchungen an die Friedrichschen Arbeiten an (vgl. Jahresbericht 1911, p. 737). Auch ihm blieben die Meerschweinchen am Leben, wenn der in die Bauchhöhle verbrachte Gazebeutel mit Gartenerde nicht länger als 8 Stunden darin belassen wurde. Wurde in einer Bauchhöhle vorgekeimtes Material einem zweiten Tiere für nur eine halbe Stunde in die Bauchhöhle gebracht, so erlag es der Allgemeininfektion. 9 Stunden im Brutschrank gekeimtes Material entfaltete ebenso schnell seine tödliche Wirkung.
82. *Mériel, M., Discussion sur la dilatation aiguë de l'estomac chez les accouchées. Bulletin de la soc. d'obst. et de gyn. p. 177.
83. *Michaelis, H., Zur Frage des prämonitorischen Symptoms vor Thrombose und Embolie (puerperale und postoperative). Erwiderung an Herrn Dr. Küster. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. H. 1. p. 278.
84. *Monchy de, M. M., Ein Fall von puerperaler Uterusgangrän. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 71. H. 2. p. 384.
85. *Nacke, W., Gibt es prämonitorische Symptome der Thrombose und Embolie? Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. H. 1. p. 93.
86. *Nieszytka, L., Zur Bekämpfung des Puerperalfiebers. Deutsche med. Wochenschrift Nr. 32. p. 1500.
87. Oldfield, Abortion tetanus. North of England obst. and gyn. soc. Ref. The journ. of obst. and gyn. Juni. p. 359.
88. *Pankow, O., Die endogene Infektion in der Geburtshilfe. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 71. H. 3. p. 449.
89. *Perlmutter, S., Über eine kleine Puerperalfieberepidemie der Strassburger Frauenklinik. Inaug.-Diss. Strassburg. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 819.
90. Pottmeyer, Bernhard, Thrombose und Embolie im Wochenbett. Dissert. Erlangen. Januar—März.
91. Radtke, E., und G. Winter, Ursachen und Bekämpfungen des Kindbettfiebers. Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung. Bd. 1. H. 1. siehe Winter 1911.
92. *Rose, Gonorrhöe im Spätwochenbett. Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg 5. III. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 712.
93. Rosenfeld, Eugen, Bemerkungen über die Prognose des Puerperalfiebers. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 23. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 292.
94. *Rosenstein, Zur Frage der prämonitorischen Symptome bei Thrombose und Embolie. Frauenarzt. H. 12. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 588.
95. *Rosenthal, Eugen, Bemerkungen über die Prognose des Puerperalfiebers. Berl. klin. Wochenschr. 3. Juni. p. 1077.
96. *Rosowsky, A., Über das Vorkommen der anaeroben Streptokokken in der Vagina gesunder Frauen und Kinder. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1. p. 4.
97. Rubesch, Rudolf, Experimentelle Untersuchungen über die Beziehungen des Staphylococcus pyogenes aureus zur infektiösen Venenthrombose. Beiträge z. klin. Chir. Bd. 75. H. 3.
98. Russell, A. W., A plea for a universal standard in the observation of the morbidity of childbed. Brit. med. Journ. Oct. p. 1013.
99. *Russell, A. W., Puerperal fever in Scotland, and with speciel reference to Glasgow. Glasgow obst. and gyn. soc. Febr. Ref. Journ. of obst. and gyn. Juni. p. 361. (Russell bedauert, dass in Schottland, den beiden grossen Errungenschaften der Neuzeit zu trotz, der Allgemeinnarkose sowie der Antisepsis, von einem Fortschritt bezüglich der Puerperalfieberprophylaxe nicht die Rede sein kann. Es beträgt die Sterbeziffer an Puerperalfieber (nach M. Murray) für ganz England und Wales in den Jahren von 1847—1856 (erste Aufnahme der Narkose, Fehlen der Antisepsis) 0,189 %, 1875—1884 (Verallgemeinerung der Narkose, Beginn einer Antisepsis) 0,228 %, 1886—1895 (Narkose und Antisepsis allgemein geübt) 0,246 %. Exaktere Ausbildung der geburtsleitenden Ärzte und Hebammen allein, die eine genaue Diagnosenstellung und rechtzeitige Hilfeleistung gewährleistet, kann hier Wandel schaffen.)

100. *Russel, A. W., Puerperal sepsis. Glasgow obst. and gyn. soc. 6. Sitzg. Ref. The Brit. Med. Journ. p. 783. (Russel schiebt viele der Differenzen in der Beurteilung der verschiedenen Puerperalfieberformen den absolut nicht einheitlichen Gesichtspunkten in der Gruppierung des Materiales in die Schuhe. Manche der Vorwürfe treffen lediglich englische Verhältnisse. So muss er auf einheitliche Fieberschwelle dringen, geeichte Thermometer, Messung an stets derselben Körperstelle, zur selben Tageszeit. Dann müsse eine Grenze festgelegt werden nach Temperatur und Puls für den Begriff einer Wochenbettserkrankung überhaupt gelegentlich eines internationalen gynäkologischen Kongresses.)
101. *Sachs, E., Über die prognostische Bedeutung des Keimnachweises im Blute. Zentralblatt f. Gyn. Nr. 26. p. 833.
102. *— Bakteriologische Untersuchungen beim Fieber während der Geburt. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. H. 1. p. 222.
103. *Sachs, E., Über Infektion und Infektionsfieber intra partum. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 28. p. 1324.
104. *Sackenreiter, G., Die Erreger der putriden Endometritis. Dissert. Strassburg.
105. *— Die Erreger der putriden Endometritis. Hegars Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 17. H. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 720.
106. Schmidlechner, Károlz, A bakteriologiai vizspálatok éntékéröl gyermekázzi láznál. Orvosi Hetilap, Gynaekologia. Nr. 3. (Schmidlechner prüfte die Lochien und das Blut von 44 febrilen Wöchnerinnen nach den Frommeschen Methoden auf Beschaffenheit und hämolytische Fähigkeit der Bakterien. Wenn auch die Frommeschen Untersuchungen keine Sicherheit der Prognose erlauben, ist der Wert der bakteriologischen Untersuchung bei Puerperalfieber nicht zu bestreiten, da wir so die Art des Krankheitserregers ermitteln können und aus der ständigen oder nur vorübergehenden Gegenwart hämolytischer Streptokokken im Blute Schlüsse. betreffs der Prognose ziehen können.) (Temesváry.)
107. Schuster, Gustav, Thrombose und Embolie im Wochenbett. Ein Beitrag zur Frage über das Frühaufstehen der Wöchnerinnen. Dissert. Kiel. 1911—1912.
108. *Schwab, M., Puerperalfieber und häusliche Geburtshilfe. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 44. p. 1463.
109. Semon, M., Über Entbehrlichkeit und weitere Einschränkung der inneren Untersuchungen in der Hebammenpraxis. Zeitschr. f. d. ges. Hebammewesen. Bd. 3. H. 4.
110. *Simon, Die Einschränkung der inneren Untersuchung und ihr Einfluss auf die Morbidität des Wochenbettes. Bayerische Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. in München. 7. Juli. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1933. (Simon teilt die Resultate mit, die sich am Nürnberger Krankenhause durch tunlichste Einschränkung der inneren Untersuchung erzielen liessen. Bei 3/4 aller Kreissenden liess sich die Digitalexploration vermeiden. Die Gesamtmorbidität aller Entbundenen betrug 3,3 % und zwar ohne Unterschied zwischen Untersuchten und Nichtuntersuchten. Der einzige Fall eines wirklichen Puerperalfiebers betraf eine Nichtuntersuchte.)
111. Ssizinsky, Fieberhafte Erkrankungen im Wochenbett. St. Petersburg. (H. Jentter.)
112. *Stroeder, Zur Notwendigkeit der Trennung der Puerperalfieber-Erkrankungen und -Todesfälle post abortum und derjenigen post partum maturum, praematur. und immatur. in der offiziellen Statistik. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36. p. 1184.
113. *Thorn, W., Die Notwendigkeit der Trennung der Puerperalfieber-Erkrankungen und Todesfälle post abortum und derjenigen post partum maturum, praematur. und immatur. in der offiziellen Statistik. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. p. 697.
114. *Traugott, M., Nichthämolytische Streptokokken und ihre Bedeutung für die puerperalen Wunderkrankungen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 71. H. 3. p. 476.
115. *Veit, Zur Behandlung der puerperalen Pyämie. Freie Vereinigung mitteldeutscher Gynäkologen. 21. Januar.
116. *— Die operative Behandlung puerperaler Pyämie. Praktische Ergebn. der Geb. und Gyn. Bd. 4. H. 2. p. 342.
117. Walton, W. J., und L. S. Medalia, Der hämolytische Streptococcus und die puerperale Septikämie. Surgery, gynecology and obstetrics. Vol. 15. Nr. 6.
118. *Warnekros, Über drei bemerkenswerte Fälle von puerperaler Pyämie. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1125.

119. Wattkins, Puerperalfieber. Surgery, gynecology and obstetrics. Nr. 1. Ref. Zentralblatt f. Gyn. p. 789.
120. *Weil, Streptokokkeninfektion und Immunität. Verein deutscher Ärzte in Prag. 1. März. Ref. Deutsche med. Wochenschr. p. 1476.
121. *Winter, Bericht der für die Bekämpfung des Puerperalfiebers in Ostpreussen eingesetzten Kommission. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Königsberg. 25. Nov. 1911. Ref. Deutsche med. Wochenschr. p. 388. (Winter vermag auf Grund der hohen Mortalitätszahlen im Wochenbett in Ostpreussen (vgl. Berichtsjahr 1911, p. 746) die Nordostdeutsche Gesellschaft für Gynäkologie zu folgenden Resolutionen zu veranlassen: In einer Broschüre soll ein Bericht über die Ermittelungen und Ratschläge zur Abhilfe an alle Ärzte Ostpreussens ergehen; das Hebammenlehrbuch soll innere Untersuchung und Tamponade verbieten, den Gummihandschuh obligatorisch machen; Eliminierung und gerichtliche Bestrafung der Pfuscherinnen; Belehrung des Publikums durch Verbreitung eines Merkblattes.)
122. — Der neue Gesichtspunkt in der Selbstinfektion. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2. p. 47. Siehe Liepmann Bericht 1911.
123. — Das Puerperalfieber in Ostpreussen und seine Bekämpfung. Verein für wissenschaftliche Heilkunde. Königsberg. Januar. Ref. Deutsche med. Wochenschr. p. 1257.
124. *Vystavel, A., Die Hämolyse der Streptokokken als variable Eigenschaft. Wiener klin. Wochenschr. p. 149.
125. *Ziemann, Über Gonokokkenvakzin als event. diagnostisches Hilfsmittel. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 40. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 956. (Ziemann bediente sich einer Ophthalmoreaktion bei gonorrhoischen Erkrankungen, die in 60,5% der gonorrhoischen Infektion positiv ausfiel, bei gesunden Personen doch niemals. Heftige Reizerscheinungen, wie bei der Tuberkulin-Ophthalmoreaktion beobachtet, kamen nicht zum Ausbruch.)
126. Zweifel, P. Ing. Phil., Semmelweiss, „Ätiologie, Begriff und Prophylaxe des Kindbettfiebers". Klassiker der Mediz. Herausgeg. v. A. Sudhoff. Leipzig, Joh. Ambrosius Barth.

Aschoffs (Bericht 1911) Hilfeleistung bei der Gliederung des Infektionsbegriffes ist auch fürderhin nicht ohne Segen geblieben. Das System wird allenthalben anerkannt; die technischen Ausdrücke führen sich ein. Nichtsdestotrotz hat sich in der praktischen Verwertung des Systems für die Zwecke des Gynäkologen das Erfordernis einer geringen Modifikation geltend gemacht. Es handelt sich um eine Vereinfachung, indem man keine besondere Unterscheidung trifft zwischen der in die Scheide eingehenden Hand des Geburtshelfers und derjenigen der Kreissenden und überdies die Keime am Körper der Kreissenden, ausserhalb der Scheide mit den übrigen Aussenkeimen zu den exogenen zusammengefasst.

Nach Hamm (43) der in seiner Monographie diesem Bedürfnis entspricht, sind demnach folgende Unterscheidungen zu treffen:

1. Spontane und artifizielle Infektion mit endogenen Keimen,
2. Spontane und artifizielle Infektion mit exogenen Keimen,
3. Metastatische Infektion (hämatogene, lymphogene, deszendierende).

Ist somit das Objekt des Streites nicht mehr im unklaren gewesen, so leuchten gerade unter der scharfen Präzisierung der Begriffe die Gegensätze um so greller hervor. Die Verteidiger als auch die Anhänger der Lehre von der spontanen Infektion mit endogenen Keimen lesen in den Befunden, die bei der bakteriologischen Verfolgung der Scheidenflora über Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett resultieren, ein jeder gerade die Bestätigung seiner Anschauung. Es wirkt immer wieder befremdend, wie eine exakte Untersuchungsmethode, wie die bakteriologische Untersuchung der Scheidenflora zu so schroff sich gegenüberstehenden Resultaten führen kann; wie beispielsweise der Befund der hämolytischen Streptokokken bei den Schwangeren eine so grundverschiedene Prognose abgibt, wie in dem Material Jöttens (62) einerseits, Sachs (102) andererseits.

Sind auf der einen Seite die Anhänger der Lehre ihrer Sache so gewiss, dass sie auch vor allen Konsequenzen nicht zurückscheuen — prophylaktische Scheiden-

spülungen werden von neuem wieder empfohlen (Esch 30) so fehlt es andererseits noch immer an schroffen Gegnern nicht, die auch nicht einen Fall von spontaner Infektion mit endogenen Keimen bisher für erwiesen halten.

Die Pathogenitätsbestimmungsmethoden sind wenig geübt worden im Berichtsjahr. Den üblichen, auf Beeinflussung des Keimwachstums durch die antibakteriellen Eigenschaften des Krankenblutes fussenden Methoden sprechen Lamers letzte Versuche beinahe jeden Wert ab. Der Hämolyse der Streptokokken sucht Sachs immer wieder Respekt zu verschaffen. Beachtung verdient Thorns Vorschlag, zwecks einer klaren Einsicht in die Wochenbettsfieberfrage in den Puerperalfieberstatistiken die Todesfälle nach Abort zu sondern von denen nach reifer und vorzeitiger Geburt.

Ätiologie.

Jardine (56) lässt auch für den derzeitigen Standpunkt der Geburtshilfe des Praktikers in England im allgemeinen noch das Urteil Milne Murrays gelten: die Art der Anwendung der grössten Entdeckungen der Menschheit, nämlich der Narkose und der Antisepsis, hat diese zur grössten Geissel der Menschheit zu gestalten gewusst.

Desgleichen geht Geddes (41) von der Ansicht aus, dass die Mehrzahl der Puerperalfieber ihre Entstehung den Geburtshelfern verdankt, die an infizierten Wunden sich mit dem Keimmaterial beladen. In einem statistischen Vergleich den Prozentzahlen der Puerperalfieberfälle eines bestimmten Distriktes und der im gleichen Bezirk auf den einzelnen Kopf kommenden Verletzungen zeigte sich ihm ein vollkommener Parallelismus und stützt seine Annahme. Die Prozentzahlen der Verletzungen richten sich nach der jeweiligen Beschäftigung der betreffenden Gegend; die Zahl der infizierten Wunden steht in ungefährer Parallele zu der Zahl der Verletzungen überhaupt.

Auch Bukura (17) konnte an der Klinik Chrobak in Wien die Erfahrung machen, dass die Untersuchung der Kreissenden ausserhalb der Klinik die Mortalitätsziffer bedeutend steigert, so dass die Resultate bei den nur in der Klinik Untersuchten etwa um das 7fache günstiger ist.

Ahlfeld (1) stellt im Vergleich statistischer Arbeiten fest, dass die Wirkung der Anti- und Asepsis auf die Zahl der Kindbetttodesfälle in dem Zeitraum von 1885—1895 in Deutschland sich am bemerkbarsten gemacht hat. Einen Stillstand, mancherwärts sogar eine Verschlechterung speziell der Zahlen tödlicher Infektionen in den letzten Jahren legt er den Ärzten und ihren zahlreichen Nachgeburts- und Zangenoperationen zur Last. Reorganisation des Hebammenwesens, Anstellung von Pflegeschwestern zur Regelung der Wochenbettshygiene, Einrichtung kleiner Wöchnerinnenasyle, die den Kreiskrankenhäusern anzugliedern seien, würden Abhilfe schaffen können. Das Verbot innerer Untersuchung durch die Hebamme, wie es Winter in Vorschlag bringt, hält er für zu gefährlich.

Nieszytka (86) geht auf die Mitteilungen Winters (Bericht: 1911) ein über den hohen Prozentsatz tödlicher Wochenbettsfieber bei den vom praktischen Arzt geleiteten Geburten in Ostpreussen. Er zieht weniger die häufigen, nicht gerechtfertigten Eingriffe sowie die ungenügende Asepsis zur Erklärung heran, wie Winter, sondern führt eine Reihe hygienischer Missstände ins Schild, die Ostpreussen von den übrigen preussischen Provinzen unterscheiden. Die hier besonders grosse Angst vor dem Arzt, die oft übermässigen Entfernungen, das weitverbreitete Kurpfuschertum veranlassen eine Verzögerung der ärztlichen Hilfeleistung. Die Ungeduld und Unwissenheit der Kreissenden drängen die Hebamme zu überflüssig häufiger Exploration. Ein hervorragender Übelstand aber sei die allgemein gebräuchliche Verwendung gerade aller schmutzigsten Wäschestücke als Vor- und Unterlagen in Geburt und Wochenbett. Nieszytkas Vorschläge gehen dahin, von der Kreisverwaltung aus die Hebammen mit aseptischer Wäsche für jede ihrer Geburten auszustatten.

Chalmers (25) bezieht ein Anwachsen der Puerperalfieberzahlen in den Statistiken des Gesundheitsamtes auf eine rigorosere Nachforschung, genauere Erkenntnis und Mehrung der Publikationen auf dem Gebiet der fieberhaften Wochenbetterkrankungen. Es kommen nämlich in den Jahren 1906—1910 auf eine Million Einwohner 70 Todesfälle im Wochenbett, ebendasselbe Zahlenverhältnis, wie es in den Jahren 1891—1895 sich fand. Wichtig ist, dass nach den von der Hebamme allein geleiteten Geburten doppelt so häufig (in 0,66 %) Wochenbettsfieber auftrat als in den vom Arzte allein behandelten Fällen (0,33 %). Die im Durchschnitt längere Inkubationszeit in den von der Hebamme beobachteten Fällen (in der Hälfte der Fälle über 5 Tage) scheint eine Klärung zu bringen. Es handelt sich hier zum Teil um Wochenbettsinfektionen, die nicht der Geburtsleitung zur Last fallen, sondern den unhygienischen Lebensbedingungen zuzuschreiben sind, wie sie der ärmeren Klientel der Hebammen entsprechen. Chalmers appelliert an die Wohltätigkeit der Gemeinden zur Schaffung hygienischer Bedingungen für mittellose Kreissende im Sinne entsprechender deutscher Einrichtungen.

Thorn (113) sucht zu erklären, weshalb Morbidität und Mortalität im Wochenbett trotz der Fortschritte auf dem Gebiete der Asepsis keine auch nur nennenswerte Besserung zu verzeichnen haben und macht dafür folgenden Umstand verantwortlich: Die gemeinsame statistische Behandlung von Wochenbettfiebern post partum und post abortum trägt der grossen Verschiebung nicht Rechnung, die das zahlenmässige Verhältnis von Geburt und Abort überhaupt und ganz insbesondere das Wochenbettfieber nach diesen beiden erlitten haben; letzteres vorzüglich durch die Zunahme der kriminellen Aborte in dem letzten Jahrzehnt. Nach einer Statistik v. Herffs stellen bereits im vorletzten Jahrzehnt die Aborte den vierten Teil der Kindbettfiebertodesfälle in Basel. Thorn hält die Beteiligung der Aborte im letzten Jahrzehnt in den deutschen Grossstädten für unbedingt noch höher. Im städtischen Krankenhaus in Magdeburg starben in den letzten $5\frac{1}{2}$ Jahren mehr Wochenbettfieberfälle nach Abort (26) als nach reifer Geburt und Frühgeburt (21). Auch ein scheinbar vermehrtes Vorkommen von instrumenteller Uterusperforation beim Abortausräumen ist er geneigt nicht auf eine Änderung in der Technik oder Schulung der Ärzte zurückzuführen, sondern allein auf die zunehmende Häufigkeit artefiziell infizierter, septisch erweichter Uteri. Daher hält Thorn die völlig getrennte Betrachtung von Abort und Geburt hinsichtlich ihres Wochenbettverlaufes für absolut notwendig, schon zur Reputation des Rufes der Geburtshelfer, des Arztes und der Hebamme, denen törichterweise immer noch alle Schuld am Puerperalfieber vom Publikum in die Schuhe geschoben wird. In Anbetracht dessen, dass ca. 90 % der fieberhaften Aborte auf illegale Massnahmen zurückzuführen sind, wird dann auch im Publikum allmählich die Überzeugung Platz gewinnen, dass an üblen Ausgängen von Fehlgeburten im allgemeinen weder Arzt noch Hebamme Schuld tragen.

Stroeder (112) unterstützt die Thornsche Anregung. Auch er erachtet eine Trennung der Todesfälle an Puerperalfieber nach Fehlgeburten von denen nach reifer und vorzeitiger Geburt als ein unbedingtes Erfordernis für eine klare Einsicht in den Stand der Wochenbettsfieberfrage. Er belegt diese Ansicht mit den Daten der Hamburger Statistik: eine Steigerung der gemeldeten Puerperalfiebertodesfälle in den Jahren 1907—1911 von 0,28 % auf 0,48 % aller zur Anzeige gekommenen Geburten und Aborte geht so gut wie lediglich auf das Konto der an sich an Zahl zunehmenden Aborte. Auf diese entfallen zurzeit $^3/_5$ aller Puerperaltodesfälle.

Infektion mit endogenen Keimen.

Schwab (108) teilt den Standpunkt zur Frage der Spontaninfektionen mit, wie er sich dem Praktiker in den täglichen Erfahrungen an der häuslichen Geburtshilfe aufdrängt, und stellt diese den vielen in letzter Zeit veröffentlichten klinischen Erfahrungen gegenüber.

Bei den 100 letzten Geburten, die operative Massnahmen erforderten, handelte es sich um 63 Zangenextraktionen, 17 Wendungen, 6 Extraktionen am Steiss, ausserdem künstliche Frühgeburten, Perforationen, Embryotomien und eine Bossi-Dilatation. In den 4 Fällen, die eine nennenswerte mehrtägige Temperatursteigerung im Wochenbett aufwiesen, handelte es sich einmal um Perforation bei hohem Fieber intra partum, einmal um Wendung bei Placenta praevia. Beidemal ging Behandlung von anderer Seite voraus. Dieser wird die Infektion zur Last gelegt. In den beiden anderen Fällen handelte es sich um atypische Zangen bei unvollständigem Muttermund, die aussergewöhnliche Schwierigkeit boten. Die Kinder starben. Schwab ist sich nicht im Zweifel, dass er hier die Kreissende infiziert hat. Aus welchem Grunde er die Einimpfung bereits im Genitaltraktus vorhandener Erreger durch den Eingriff unbedingt ablehnen zu müssen glaubt, erklärt er nicht. So ist denn Schwab geneigt, alle Versuche des Nachweises von Selbstinfektionen als einen unvollkommenen Trost der Kliniker auszulegen gegenüber der in der klinischen Geburtshilfe erhöhten Infektionsgelegenheit durch die Nachbarschaft von Operationssaal und Laboratorium.

Bumm und Sigwart (18) betonen, dass sie zur Selbstinfektion solche puerperale Infektionen nicht rechnen können, die durch Keime der äusseren Genitalien entstehen. Weder von den Fäulniskeimen, noch von den Erregern mit parasitären Eigenschaften ist bisher bewiesen, dass sie in der Scheide während der Gravidität unberührter Frauen vorkommen, so dass also zurzeit die Möglichkeit einer Selbstinfektion weder bewiesen, noch besonders wahrscheinlich gemacht ist.

Perlmutter (89) ging der Infektionsquelle einer kleineren Hausendemie nach. Von 24 entbundenen Frauen waren 5 an Wochenbettsfieber erkrankt. Es gelang schliesslich bei einer Hebamme, welche sämtliche erkrankten Fälle untersucht hatte, eine Pharyngitis festzustellen und hämolytische Streptokokken im Rachen nachzuweisen. Die hochvirulenten Keime, die auch an den Händen der Hebamme sich gefunden haben müssen, scheinen dem gewöhnlichen Desinfektionsmittel Widerstand geleistet zu haben.

Pankow (88) hat bei exaktem Vergleich der Flora des Scheidengrundes, des Introitus vaginae und der Vulva stets erhebliche Unterschiede im Gehalt an Keimen und in der Art derselben gefunden. War schon an sich die Keimzahl im Fundus vaginae eine bedeutend geringere als in den tieferen Partien, so betraf der Unterschied aber an erster Stelle die Streptokokken. Diese fanden sich im Scheidengewölbe nur in vereinzelten Exemplaren. Überdies ist die Frage noch keineswegs als entschieden anzusehen, ob überhaupt solche in der Schwangerschaft gefundene Streptokokken mit der ihnen eigenen Bevorzugung des Traubenzuckeragars identisch sind mit dem Streptococcus puerperalis pyogenes aus dem Lochialsekret, der auf dem gewöhnlichen leicht alkalischen Agar gut gedeiht. Pankow nimmt an, dass ein ständiges Aufwandern von Keimen aus der Vulva in die Vagina statthat, die dann, insbesondere, wenn es sich um parasitäre Keime handelt, im Fundus durch die chemischen Eigentümlichkeiten des Scheidensekretes vernichtet werden. Diese Annahme sieht er bestätigt durch folgende Beobachtung. Wurde eine während der Geburt ausgeführte Tamponade wieder entfernt, so fand die bakteriologische Prüfung keinen Unterschied in der Flora des Scheidengrundes und der Vulva. Nach mehreren Stunden aber war bereits ein beginnender Reinigungsprozess im Scheidenfundus festzustellen und nach 60—72 Stunden waren die von hier gewonnenen Platten wieder steril. Ähnlich wird man es sich erklären müssen, dass bei der engen Nachbarschaft der Vulva mit der Analöffnung das Bacterium coli ein seltener Befund in der Scheide ist. Obgleich nun Pankow nicht nur an einen Übergang von saprophytischen in parasitäre Streptokokken glaubt, obgleich differente Wachstumsbedingungen nach seinem Dafürhalten sich auszugleichen vermögen, sieht er doch darin, dass während der Schwangerschaft Streptokokken in der Scheide gefunden werden, die den Traubenzuckeragar bevorzugen, während der Streptococcus pyogenes puerperalis auf dem gewöhnlichen

alkalischen Agar gut gedeiht, eine weitere Bestätigung der Annahme, dass es sich in diesen puerperalen Streptokokken um solche handelt, die unter der Geburt oder im Wochenbett von der Vulva her eingedrungen sind. Nach Pankows Untersuchungen sind alle diejenigen Prüfungen des Scheidensekretes, die auf der Entnahme des Sekretes aus dem Anfangsteile der Scheide basieren, nicht als beweisend zu betrachten. Was die in letzter Zeit häufiger genannten anaeroben Streptokokken anlangt, so sind deren Bedingungen noch zu wenig studiert, als dass der Schluss berechtigt sei, es handele sich hier um die in der nicht puerperalen Vagina öfters nachgewiesenen anaeroben Streptokokken.

Bei den intra partum vaginal untersuchten Fällen fand Pankow etwa 3—5 % mehr Fieberfälle als in den nicht, beziehungsweise rektal untersuchten Fällen. Pankow ist der Ansicht, dass der eingeführte Finger die bis dahin in der Vulva saprophytär lebenden Keime mit in die höheren Partien der Scheide hinaufnimmt und sie eventuell durch leichte Gewebsschädigungen mittelst des untersuchenden Fingers zu parasitärer Lebensweise führen kann. Daher hält er auch keineswegs wie Hannes und Baisch die Häufung vaginaler Untersuchungen für belanglos.

Hüssy (51) kann die Möglichkeit einer puerperalen Selbstinfektion nicht in Frage stellen in Anbetracht der Tatsachen, dass Streptokokken in der Vagina fast jeder Wöchnerin gefunden werden, und auch der Übergang von anhämolytischen Formen in hämolytische erwiesen ist. Doch sieht er diesen Infektionsmodus ganz insbesondere bei schweren Infektionen für äusserst selten an und empfiehlt insbesondere auch in der Geburtsleitung an dem Grundsatze festzuhalten, dass die Hauptinfektionsgefahr von aussen droht.

Esch (30) endlich weist dem Vorkommen puerperaler Infektionen mit endogenen Keimen (Zangemeister) einen breiten Raum zu. Erkranken doch von den nicht untersuchten Kreissenden etwa 10—15 % im Wochenbett fieberhaft. Von den Frauen, die vor der Geburt Streptokokken in der Scheide beherbergen, erkrankt im Wochenbett an einer Streptokokkeninfektion die gleiche Anzahl von den nicht untersuchten, wie von den untersuchten. Allerdings scheinen im allgemeinen alle diese Infektionen einen harmloseren Verlauf zu nehmen als jene mit ektogenen Keimen. Doch ist dem Geburtshelfer der Einfluss auf diese Art der Infektionen keineswegs entzogen, weder was das Zustandekommen anbetrifft, noch hinsichtlich der Virulenz der Infektion. Das Zustandekommen der Infektion scheint nämlich an zwei Voraussetzungen geknüpft zu sein, die beide in engem Zusammenhange mit der Geburtsleitung stehen: das Vorhandensein von Wunden, die Inokulation des Keimmateriales in diese. Die Zahl der natürlichen Geburtswunden sollen wir bestrebt sein, tunlichst nicht durch Verletzungen bei Eingriffen zu mehren. Die Inokulationsmöglichkeiten, die artifizielle durch Finger und Instrumente, die spontane durch Stauung infektiöser Sekrete während der Geburt (Abschluss des Uterus durch den Metreurynter z. B.) müssen wir nach Möglichkeit durch eine entsprechende Geburtsleitung umgehen.

Virulenz und Pathogenität.

Hamm (44) hält zurzeit noch für die untrüglichsten Kennzeichen der Virulenz: Die Wachstumsenergie sowie das Vorkommen der Keime in Reinkultur.

Lamers (75) liefert zum Gebäude der Pathogenitätsbestimmungen einen neuen Baustein. Indem er zunächst an der Hand der historischen Entwickelung die Virulenzbestimmungsmethoden einer Kritik unterwirft, verfolgt er den Weg, den die von diesen ausgehende Pathogenitätsbestimmung genommen hat. (Die Pathogenität eines Keimes gegenüber dem Keimträger bezeichnet das Verhältnis der Virulenz des Keimes zur Widerstandskraft des betreffenden Organismus ihm gegenüber.) Von klinischem Werte kann allein die Pathogenitätsbestimmung sein. Nachdem man im Tierversuch vergeblich eine Parallele zu den Vorgängen des

infizierten menschlichen Organismus zu konstruieren versucht hatte, suchte Fromme aus Beziehungen der Kulturen zu Bestandteilen des menschlichen Blutes eine Prognose für den Krankheitsverlauf zu gewinnen. Doch weder seine Resultate noch diejenigen E. Martins, Bürgers, Heynemanns, welche die Phagozytose der Leukozyten des Keimträgers selbst als Gradmesser heranzogen, waren gleichmässig genug, um klinisch verwertbar zu sein. Eine strengere Kritik erfahren die Methoden von Rubricius und Hüssy. Die Phagozytose allein in ihrer Verwertbarkeit als Prognostikum wurde alsbald von verschiedenen Seiten verworfen (Freytag, Fromme, Traugott, Goldschmidt, Heynemann, Zangemeister). So erschien als logische Forderung für eine rationelle Methode der Pathogenitätsprüfung, dem Keim nicht eine einzige Komponente der Schutzkräfte des Blutes allein gegenüberzustellen, wie die Phagozytose, sondern möglichst deren Gesamtheit auf ihn einwirken zu lassen. Nur so konnte der Reagenzglasversuch den Verhältnissen an der Lebenden einigermassen nahekommen. Es musste also der zu untersuchende Keim möglichst allen Bestandteilen des flüssigen Blutes zugleich ausgesetzt werden, die als Quelle antibakterieller Stoffe in Frage kommen, das heisst ausser den korpuskulären Elementen auch dem Serum wie dem Plasma. Um eine ausgiebige Berührung der Keime mit diesen Stoffen zu ermöglichen, musste zunächst die Gerinnung des Blutes verhindert werden. Zusatz von Natriumzitrat, wie es dies behufs andererseits bereits verwandt worden war, hat sich Lamers in einer Versuchsreihe als absolut unbrauchbar, weil bakterizid, erwiesen. Um die Wirkung der einzelnen Faktoren genau zu ermitteln und gegeneinander abwägen zu können, wurden mehrere Parallelreihen von Versuchen angesetzt; indem das Material einmal in steriles Blutserum der infizierten Patientin, dann in Plasma mit Hirudinzusatz, ferner in Blut mit Hirudinzusatz verimpft wurde. Dieselbe Reihe wird mit dem Blut einer gesunden Patientin angesetzt. In einer folgenden Reihe wurde je die Hälfte dieser Blutmischungen mit der gleichen Menge Bouillon zusammengebracht; zuletzt wurde das Material auch in Bouillon allein verimpft. Der Zusatz von Bouillon geschah, um die Behauptung Le Blancs nachzuprüfen, dass Bouillonzusatz die bakterizide Kraft des Serums abschwächt. — Als Keimmaterial hält Lamers die Reinkulturen des im Zervikalsekret dominierenden Keimes für völlig ungeeignet, um über die Pathogenität ein Urteil zu erlauben. Ebenso würden Kulturen der gesamten Cervixflora durch Beeinflussung einmal der Keime selbst durch den Nährboden, sodann durch Verschiebung der Mengenverhältnisse das Urteil trügen können. Indem Lamers also analog der Heynemannschen Versuchsanordnung direkt das aus der Cervix stammende Keimmaterial verwendet, lässt er unter möglichster Ausschaltung aller unbekannten Faktoren einmal den Keimarten den Weg offen, sich einander zu beeinflussen, vielleicht im Sinne einer Virulenzabschwächung des eigentlichen Erregers durch die Begleitflora; auch liess sich vermuten, dass die Beeinflussung der verschiedenen Stämme durch das Blut des Wirtes eine verschiedene sei, etwa eine Unterdrückung der Nebenkeime und sich hieraus neue Gesichtspunkte für die Beurteilung der Pathogenität ergeben. Die Beurteilung des Wachstums in den verschiedenen Blutröhrchen geschieht im Ausstrichpräparat (nach 6, 12 und 24 Stunden). Liegt hiernach Verdacht auf Sterilität des Röhrchens vor, so wird zur Bestätigung der ganze Inhalt zur Platte ausgegossen.

Die Untersuchungen erstrecken sich auf 12 zum Teil schwer fiebernde Wöchnerinnen, sowie auf 9 fieberfreie. Die Resultate lassen sich folgendermassen zusammenfassen: Ein Unterschied in der bakteriziden Kraft von Serum, Plasma und Blut liess sich nicht feststellen, im Gegenteil, die Züchtungsresultate in den 3 Kulturflüssigkeiten gingen immer einander parallel. — Bouillonzusatz scheint die bakterizide Kraft des Blutes zu verringern. In den Bouillongemischen wuchsen alle eingeführten Keime, während in den reinen Blutflüssigkeiten nur die Streptokokken aufkommen konnten. Jedenfalls aber besteht im Reagenzglasversuch kein Unterschied im Wachstum der infizierenden Streptokokken in den eigenen.

Blutflüssigkeiten der Patientin und dem Wachstum in solchen von einer fremden Person; gleichviel welchen Verlauf die Erkrankung nehmen mag. Die Züchtung der Keime in dieser Weise ist also bisher nicht als Pathogenitätsprobe zu benutzen.

Der Kampf der Keime im Organismus mit den spezifischen Antikörpern scheint demnach an Bedingungen geknüpft zu sein, die uns vorläufig unbekannt sind. Es scheinen im Reagenzglasversuche die Verhältnisse sich sofort derart zu verschieben, aller angewandten Vorsicht zum Trotze, dass zunächst alle Hoffnung auf eine Methode der Pathogenitätsbestimmung auf diesem Wege schwindet.

Aufschluss über die Reziprozität der Keime zum Keimträger scheint also in der Tat nur das Verhalten des kranken Körpers zu liefern. Um nun noch vor Ablauf einer Erkrankung über die Prognose ein Urteil zu gewinnen, könnte man versuchen durch Einverleibung von Keimmaterial an beliebiger Stelle den Körper zu einer Reaktion hierauf zu veranlassen. Hierzu lebendes, vermehrungsfähiges Material in irgend einer Form verwenden zu wollen, überschreitet völlig den Rahmen eines Experimentes, da man wohl auf keine Weise eine Allgemeinausbreitung des Virus mit Sicherheit ausschliessen könnte. Man nahm daher seine Zuflucht dahin, in der Reaktion des Körpers auf die toten Bakterienleiber ein Analogon zu finden; und so hat Köhler mit angeblichem Erfolge in prognostischer Hinsicht ein polyvalentes Serum subkutan angewandt. Als Gradmesser dient hier nicht der Einfluss des Gewebes oder der Säfte auf die Bakterien, sondern die Reaktion des lebenden Gewebes auf die Keime.

Lamers hat auch diese Versuche nachgeprüft. Er injizierte 1—5 Millionen Leiber des Menzerschen polyvalenten Streptokokkenvakzins intrakutan, glaubt sich aber berechtigt, die Mehrzahl der positiven Reaktionen auf den 0,5 % Karbolzusatz zurückführen zu dürfen.

Hüssy (52) prüft die Veränderungen, welche infektiöse puerperale Scheidenkeime durch Zusatz von Serum zur Bouillon (Diphtherieserum) erfahren. Diese Veränderungen mikroskopischer und kultureller Natur deuten darauf hin, dass im Serum auch Substanzen vorhanden sind, die gewissermassen eine Umzüchtung der virulenten Stämme in avirulente vornehmen. So wurden aus langkettigen Streptokokken kurzkettige, aus hämolytischen nichthämolytische. Diese Stoffe müssen den Alexinen nahestehen. Es lässt sich aus diesem Verhalten des Blutserums gegenüber den Keimen eine Virulenzbestimmungsmethode herleiten. Es wachsen nämlich in der Bouillonkultur mit Serumzusatz nur diejenigen Bakterien, die die grösste spezifische Virulenz haben, d. h. diejenigen, die den Schutzstoffen nicht erlegen sind.

Rosenthal (95) unterzieht eine Arbeit G. Katzenbogens: Über die prognostische und diagnostische Bedeutung des Antitrypsins (Berl. klin. Wochenschr. 1911, Nr. 41) einer Prüfung. Wie er an den von Katzenbogen mitgeteilten Fällen erläutert, steht der antitryptische Titer in genauer Parallele zur Temperaturkurve, so dass der Titer absolut keine weiteren Schlüsse erlaubt als der Temperaturverlauf auch. Dieses Abhängigkeitsverhältnis aber sei ihm bereits nachzuweisen gelungen und sei auf den Parallelismus der Hemmungswirkung mit dem Eiweisszerfall zurückzuführen. (Rosenthal-Untersuchungen über die antiproteolytische Wirkung des Blutserums. Folia serolog. 1910. Bd. 6.). — Im übrigen hält Rosenthal jeden Versuch, mit Hilfe eines der bei einer Infektion in Betracht kommenden Faktoren allein eine Prognose stellen zu wollen, für völlig aussichtslos. Ja, Katzenbogen glaubt, ausser der Virulenz des Erregers und der Resistenzkraft des infizierten Organismus noch die Mitwirkung eines dritten, seiner Art nach unbekannten Faktors im Schicksale einer Infektion annehmen zu müssen.

Köhler (70) hat versucht durch intrakutane Injektion von Streptokokkenantigen bei puerperaler Streptokokkeninfektion eine Hautreaktion zu erzeugen. Der positive Ausfall derselben ist beschränkt auf diejenigen Fälle, bei denen der Strepto-

coccus im Blut nachgewiesen werden kann. Bei den letalen Fällen dieser Gruppe aber fällt die Reaktion negativ aus, so dass mit gewisser Einschränkung eine diagnostische und prognostische Verwertung des Mittels möglich ist.

Saprämie oder Bakteriämie.

Burckhardt (19) glaubt sich veranlasst, auf Grund der genauen bakteriologischen Untersuchung von 4 puerperalen Infektionen das Krankheitsbild der Saprämie in engere Grenzen zurückweisen zu müssen. Anaerobe Stäbchen, Diplokokken, die beim Fehlen anderer parasitärer Keime im Blute der Pat. sich wiederholt nachweisen liessen und zwar in einer dem jeweiligen Krankheitsbilde entsprechenden Menge, gehörten in die Klasse der obligat anaeroben Keime und waren bislang als typische Saprophyten angesehen worden. Burckhardt ist überzeugt, dass manche bisher als Saprämie aufgefassten Erkrankungen bei genauerer bakteriologischer Untersuchung als Bakteriämie sich erweisen werden.

Bewertung des Keimnachweises im Blute.

Weil (120) unterscheidet bei intravenös mit Streptokokken infizierten Kaninchen folgende 3 Infektionstypen: 1. sofortiges Verschwinden der injizierten Bazillen; 2. anfängliche Keimverminderung, dann Ansteigen der Keimzahl bis zu 24 Stunden, darauf wieder Abnahme bis zum völligen Verschwinden. Die Tiere sterben an Marasmus; 3. Anwachsen der Bakterien ins schrankenlose mit frühem Tode. Beim Menschen sei der 2. Typus der häufigere, während die reine Sepsis (3. Typ) sehr selten ist.

Warnekros (118) untersuchte 80 Fälle von fieberhaftem Abort in bezug auf Lochialsekret und Keimgehalt des Blutes vor und nach der Ausräumung. Von 70 Fällen, die rechtzeitig ausgeräumt wurden, zeigten 25 Streptokokken in den Lochien (16 mal hämolytische), in 61 von diesen Fällen fanden sich Keime im Blut, und zwar sowohl kurz vor wie kurz nach der Ausräumung und waren am Tage nach der Ausräumung aus dem Blut verschwunden. In 10 verschleppten Fällen dagegen, die ausnahmslos zum Tode führten, fand er in allen Fällen in den Lochien Streptokokken. In 9 von diesen Fällen, in denen überhaupt Bakterien im Blut gefunden waren, blieb der Blutbefund auch nach der Ausräumung weiterhin positiv. Es scheint in den verschleppten Fällen dem Körper an Schutzkräften zu mangeln, um gegen die mit der Ausräumung einhergehende Überschwemmung des Blutes mit Keimen aufzukommen. Für die Behandlung ergibt sich somit die Notwendigkeit einer möglichst frühzeitigen aktiven Therapie.

Sachs (103) sucht festere Anhaltspunkte für die prognostische Bewertung des Keimnachweises im Blute. Mit Nötzel, Danielsen und Teiser unterscheidet er streng zwischen akuter und chronischer Resorption. Nach diesem Prinzip teilt er die klinischen Fälle ein in solche, in denen die Blutentnahme ausgeführt wurde in einem Stadium der Infektion, in dem zu einer akuten Resorption klinisch Gelegenheit gegeben war, und in Fälle, in denen es sich um die wiederholte Aufnahme von Keimen in die Blutbahn, dann oft nur in geringer Menge handelte.

Als Beispiele der akuten Resorption führt er aus dem eigenen Material eine Gruppe von 12 fieberhaften Aborten an, in denen zum Teil vor der Ausräumung schon, und zwar stets nur, wenn sie bluteten, und 11 mal direkt nach der Ausräumung Keime in grosser Menge im Blute sich nachweisen liessen. Alle Fälle genasen nach baldigem Temperaturabfall. Es handelte sich um gewöhnliche Scheidenbewohner; meist waren sie bei dem der Ausräumung folgenden Schüttelfrost bereits wieder im Verschwinden begriffen. Den Frost hält Sachs möglicherweise für die Reaktion bereits auf den Untergang der Keime. So gestatten die im Stadium der akuten Resorption gefundenen Keime absolut keinen Rückschluss auf deren Pathogenität oder irgend eine Prognosestellung. Daher kann sich Sachs

auch Burkhardt nicht anschliessen, der glaubt, alle im Blut gefundenen Keime als pathogen ansprechen zu können und so zwischen Saprämie und Bakteriämie entscheiden will. Sachs hält im Gegenteil diese Resorption der Keime von frischen Wunden aus zunächst nur für eine Funktion des lebenden Organismus, für den der Keim zunächst nichts weiter ist als ein Fremdkörper. Aus dem Keimbefunde selbst im Stadium der primären oder akuten Resorption eine Prognose zu stellen, ist also unmöglich. Der aus den klinischen Erfahrungen bekannte Charakter der jeweiligen Keimart dagegen kann bis zu gewissem Grade Anhaltspunkte bieten. Dagegen wird der Keimnachweis im Stadium der chronischen Resorption, z. B. im Verlaufe eines Kindbettfiebers, Douglasabszesses fast stets eine schlechte Prognose geben. Nach der üblichen Methode nämlich, mittelst fester Nährböden, werden nur dann Keime in irgend beträchtlicher Zahl sich nachweisen lassen, wenn sie sich auch im Blute vermehren.

Sitzen endlich die Keimherde in der Blutbahn selbst: auf den Herzklappen, in Thromben, so sind die Verschleppungsmöglichkeiten zu verschiedenartig, als dass sich aus dieser Diagnose eine Prognose ergebe.

Bewertung der Hämolyse der Streptokokken.

Sachs (Fieber intra partum 103) hat in systematischer Weise die Beziehungen geprüft, die zwischen den Keimen des Scheidensekretes vor, während und nach der Geburt einerseits und dem klinischen Bilde der Infektion intra sowie post partum andererseits bestehen. Da an der Winterschen Klinik prinzipiell die Scheidenflora auch vor der Geburt kulturell geprüft wird, so stehen dem Verf. zum Vergleich die entsprechenden Verhältnisse bei normalem Puerperium zur Verfügung. Die kritische Beleuchtung dieses Materiales von den verschiedensten Gesichtspunkten aus ergibt, soweit das bei der Grösse eines solchen Materiales möglich ist, eine Reihe von Erfahrungssätzen, die dem therapeutischen Verhalten bestimmte Bahnen weisen.

672 Fälle, darunter 78 Fieberfälle wurden sowohl ante wie intra partum in der Weise untersucht, dass vor irgendwelcher äusseren oder inneren Desinfektion aus der entfalteten Scheide mit dem Diphtheriepinsel Sekret entnommen und auf die Blutagarplatte ausgestrichen wurde. Den Vorteil der Gussplatte, auch hinsichtlich des Nachweises vereinzelter hämolytischer Streptokokkenkolonien, schätzt S. sehr gering ein. Bouillon und das Ausstrichpräparat verwendet er nicht. Da in einer nicht unbeträchtlichen Zahl der Fälle jene Keime, die im Wochenbett als die Erreger einer schweren Infektion angesehen werden mussten, auch schon vor jeder Berührung in der Scheide der Kreissenden gefunden waren, so hält Sachs die Möglichkeit der Selbstinfektion für erwiesen und sucht jetzt aus seinem Material heraus zu ermitteln, welche Bedingungen bei Bazillenträgerinnen zur Infektion intra partum führen, und welche Bedingungen andererseits zur Infektion im Puerperium.

I. Bei der Untersuchung der ersten Frage, welche Bedingungen führen zum Fieber intra partum, wird die Unterteilung geschaffen in Bedingungen bakteriologischer Art, das heisst, bieten die verschiedenen Keimarten verschiedene Bedingungen zur Infektion und entspricht dabei den verschiedenen Keimarten ein bestimmter Fiebertypus, und zweitens in die Bedingungen, die in dem verschiedenen Geburtsverlauf (Dauer, Eingriffe) gegeben sind.

An erster Stelle wird den hämolytischen Streptokokken die Aufmerksamkeit geschenkt. Von 29 Frauen, bei denen überhaupt deren gefunden wurden, hatten 21 den Erreger bereits ante partum in der Scheide. Acht im ganzen fieberten intra partum. Drei Fälle mit Reinkulturen, beziehungsweise sehr zahlreichen hämolytischen Streptokokken fieberten alle intra partum. Das Fieber trat verhältnismässig früh nach dem Blasensprunge auf; hinsichtlich der Infektionen

kommt nämlich lediglich die Dauer der Geburt nach dem Blasensprunge in Frage.

Im Gegensatz hierzu finden sich unter den 105 Trägern anhämolytischer Streptokokken mehrere mit aussergewöhnlich langer Geburtsdauer, deren Geburt fieberfrei verlief. Bei 11 Reinkulturen kam es nur 5 mal zu Fieber, und zwar mit leichtem Verlauf.

Der Streptococcus viridans (19 Fälle, davon 11 Bazillenträgerinnen, 5 fiebernd) hat ebenso wie der anhämolytische mehrmals trotz ausserordentlich langer Geburtsdauer (nach Blasensprung) keine Temperatursteigerung hervorgerufen. Auch von den 4 Fällen mit Reinkultur blieben 3 steril.

Bacterium coli wurde in 20 Fällen gefunden, in 14 hiervon bereits ante partum. Die 6 meist harmlosen Fieberfälle intra partum zeigen eine starke Abhängigkeit der Infektionen mit diesem Erreger von der Dauer der Geburt nach Blasensprung.

Bei den Staphylokokken, Vaginalstäbchen und anderen weniger pathogenen Keimen zeigt sich keine besondere Erhöhung der Disposition zur Infektion mit der längeren Dauer der Geburt nach dem Fruchtwasserabfluss. Es handelt sich bei der Gesamtzahl von 375 Fällen um 34 Temperaturerhöhungen während der Geburt. In einem Falle mussten Pneumokokken als Erreger angesprochen werden. Sechs Tage nach vorzeitigem Fruchtwasserabfluss trat Fieber auf. 24 Stunden später Cervixinzisionen, Forzeps. Die Patientin starb im Wochenbett.

Es können also hämolytische Streptokokken zum Fieber führen, ob sie in Reinkultur vorhanden sind oder nicht. Fieber tritt oft bei diesen Keimen schon in verhältnismässig kurzer Zeit auf, unabhängig davon, ob noch andere die Infektion begünstigende Momente dazu kommen oder nicht. Alle anderen Keime führen dagegen durchschnittlich erst nach viel längerer Geburtsdauer zum Fieber, wobei die Bedeutung der Reinkulturen, ausser vielleicht bei den anhämolytischen Streptokokken, zurücktritt. Fast stets sind hier noch andere unterstützende Momente, wie Placenta praevia, Tamponade, zersetztes Blut usw. nachweisbar, wodurch die Infektion zum Teil selbst erst bedingt wird.

Die Bedeutung der Staphylokokken für den Geburtsverlauf ist sehr gering. Nur in ganz seltenen Fällen scheint ihre Pathogenität für Wöchnerinnen so hoch zu sein, dass ohne gröbere Verletzungen oder dergleichen eine schwerere Erkrankung entsteht.

Im allgemeinen kann Sachs, was die Prognose anlangt, den Erfahrungssatz Ihms bestätigen: die Höhe des Fiebers intra partum allein macht den Fall noch nicht zu einem ungünstigen; die Verbindung mit einem dauernd erhöhten Puls dagegen gibt eine üblere Prognose.

II. Welche Bedingungen führen zur Infektion im Wochenbett? Dieser zweite Teil der Untersuchung zerfällt in die Fragen, einmal, wie wird die Wirkung der verschiedenen vorhandenen Keime beeinflusst durch die Geburts- sowie die Fieberdauer? Sodann: Wie beeinflussen sich gegenseitig die verschiedenen Infektionsarten und die einzelnen operativen Eingriffe?

Hämolytische Streptokokken, die schon intra partum in fast 28 % ihres Vorkommens eine Infektion verursachen, haben im Wochenbett in 62 % eine Infektion zur Folge.

Ist bei intra partum nicht Fiebernden die Durchschnittsmorbidität 17,3 %, die Morbidität bei Anwesenheit von hämolytischen Streptokokken 50 %, so ändern sich die Verhältnisse ganz wesentlich bei den fiebernden Kreissenden. Hier ist die Durchschnittsmorbidität 50 % und schnellt bei hämolytischen Streptokokken auf 100 % in die Höhe. Die Anwesenheit oder das Fehlen hämolytischer Streptokokken ist auch für die Schwere des Krankheitsbildes von grösster Wichtigkeit, doch bedingen sie nicht allein die Erkrankungen; auch andere Keime führen bis-

weilen zu Störungen im Wochenbett, erfordern aber dazu offenbar noch unterstützender Momente.

Bei Placenta praevia z. B. ohne operativen Eingriff fieberte im Wochenbett nur eine Patientin, die mit hämolytischen Streptokokken infiziert war; bei allen anderen war eine Operation vorgenommen worden.

Die Dauer der Geburt nach dem Blasensprung ist für die Prognose des Wochenbettes weniger wichtig als für das Eintreten eines Fiebers intra partum.

Für Infektionen mit hämolytischen Streptokokken ist die Dauer des Fiebers intra partum nicht unwichtig. Während nämlich unter den kurz dauernden Fieberfällen keine Todesfälle sind, mehren sie sich bei mehrstündigem Fieber. Dagegen ist bei Infektionen intra partum mit anderen Keimarten die Dauer dieses Fiebers beinahe belanglos für den Wochenbettsverlauf.

Einfluss des Fiebertypus: Leichtes Fieber (bis 39°) mit einem Puls unter 100 war niemals von hämolytischen Streptokokken bedingt. Bei einer Pulsfrequenz von 100 an sind eher hämolytische Streptokokken nachzuweisen. Die Aussicht auf ein absolut fieberfreies Wochenbett sinkt bei ihrer Anwesenheit auf 0 %, bei ihrer Abwesenheit steht sie auf 65 %. Eine mehrmals beobachtete mittelleichte Erkrankung nach hohem Fieber intra partum wird so zu erklären gesucht, dass die hämolytischen Streptokokken scheinbar bald Temperatur und Puls hochzutreiben vermögen, ohne dass es stets zu einer tiefgreifenden Infektion kommt. Führten dagegen andere Keime intra partum zum Fieber von dieser Intensität, dann lagen stets besonders schwere und unterstützende Infektionsmomente vor, so dass hier stets ein mittelschweres oder gar schweres Wochenbettfieber sich anschloss.

Bei der Beeinflussung des Wochenbettes durch die operativen Eingriffe fällt zunächst die schlechte Prognose bei der Wendung nach Braxton-Hix auf. Dieser Eingriff war in allen Fällen von Fieber gefolgt. Zum Verständnis dessen, dass diese Operation so oft auch bei nichthämolytischen Streptokokkeninfektionen von Fieber gefolgt ist, wird darauf hingewiesen, dass dieser Eingriff meistens schwer und mit Quetschungen des Muttermundes durch die operierende Hand verbunden ist, vor allem aber, dass die Ursache zum Eingriff häufig eine Placenta praevia mit ihren besonderen Infektionsbedingungen ist.

Bei den Zangeneingriffen nehmen wiederum die hämolytischen Streptokokken eine besondere Stellung ein, indem alle zu schweren Erkrankungen führenden unkomplizierten Zangen durch sie bedingt waren.

Gelegentlich der Betrachtung der unkomplizierten Zangen wird von einem interessanten Fall berichtet, indem sich zwei verschiedene nebeneinander bestehende Infektionen nachweisen liessen. Während intra partum und im Wochenbett nach manueller Plazentarlösung ausser verschiedenen blanden Keimen immer nur der Streptococcus viridans festgestellt wurde, der scheinbar durch die manuelle Plazentarlösung zu einer Viridans-Endometritis geführt hatte, entleerte sich nach einer Reihe von Schüttelfrösten ein parametranes Exsudat, das eine Reinkultur von hämolytischen Streptokokken aufwies und aller Wahrscheinlichkeit nach auf dem Wege eines bei dieser Zange entstandenen Cervixrisses sich entwickelt hatte.

Jötten (62) gelangt zu beinahe entgegengesetzten Resultaten. Jötten hat die Untersuchungen Sigwarts nach derselben Methode (Archiv f. Gyn. Bd. 87) fortgeführt. Von 100 in letzter Zeit nicht explorierten Schwangeren trugen 67 Streptokokken in der Scheide, 14 hiervon hämolytische. Eine von diesen 14, d. h. 7,1 % machte ein leicht fieberhaft gestörtes Wochenbett durch. Von den Frauen mit anhämolytischen Streptokokken fieberten im Wochenbette 13,2 %; von denen endlich ohne jede Art von Streptokokken 15,1 %. Auf der anderen Seite ergab die Untersuchung der Lochien nicht fiebernder Wöchnerinnen in 70 % hämolytische Streptokokken.

Die grossen Differenzen gegenüber den Befunden anderer Kliniken kann Jötten sich nur durch Verschiedenheit der Keimverhältnisse an den einzelnen Kliniken erklären; insbesondere könnten doch die Infektionen in der Königsburger Klinik bei Frauen mit hämolytischen Streptokokken in der Scheide nichts destoweniger durch von aussen eingeführte Keime bedingt sein.

Lamers (75) sieht die Hämolyse nur als den Ausdruck besserer Wachstumsbedingungen an, der mit dem indifferenten oder pathologischen Charakter des Keimes nichts zu tun hat. Für diesen ein Kriterium zu finden, ist bisher nicht gelungen. So werden im allgemeinen die hämolytischen Streptokokken bei fieberfreien Wöchnerinnen aus nicht hämolytischen Eigenstreptokokken entstanden sein, bei pathologischen Erscheinungen aber wird es sich um von aussen eingeführte Fremdstreptokokken handeln. Der Befund hämolytischer Streptokokken im Genitalsekret Schwangerer gehört zu den Ausnahmen, das häufigere Vorkommen derselben im Lochialsekret lässt sich daher nur durch den Übergang der einen Form in die andere erklären. Ein Aufwandern der hämolytischen Keime während der Geburt oder des Wochenbettes ist ebenso wie die Einschleppung bei Untersuchung auszuschliessen. Übergangsformen zwischen hämolytischen und anhämolytischen Streptokokken werden genugsam beobachtet.

Vystavel (124) gelang es, aus dem Lochialsekret eines Puerperalfieberfalles einen Streptococcus zu züchten, der, so oft man ihn auch überimpfte, im selben Nährboden anaerob ausgesprochene Hämolyse zeigte, aerob dagegen ohne jede Hämolyse wuchs. Diese Wandelbarkeit der Hämolyse eines einzelnen Stammes von Streptokokken bestimmt Vystavel, die Hämolyse als Charakteristikum einer besonderen Art dieser Keime abzulehnen.

Hüssy (52) gibt die Kasuistik 6 wissenswerter Puerperalfieber. Im ersten Falle handelt es sich um den Befund anhämolytischer Streptokokken im Lochialsekret, hämolytischer im Blute am 2. Wochenbettstage. Die schon früher für solche Bedingungen als ungünstig bezeichnete Prognose (Gyn. Rundschau 1911, Nr. 2) bestätigte sich.

Bondy (11) räumt gewiss dem hämolytischen Streptococcus die Hauptrolle in der Ätiologie schwerer und tödlicher puerperaler Infektionen ein. Doch kann er sich nicht auf die Seite derer stellen, die dem anhämolytischen Streptococcus jeden hochvirulenten Wert absprechen wollen. Ganz insbesondere wehrt er sich gegen die Kritik eines seiner Fälle (Münchn. med. Wochenschr. 1911) durch Schottmüller, welcher glaubt, allein auf Grund des Organbefundes dem in diesem Falle allein gefundenen anhämolytischen Streptococcus in der Ätiologie eine völlig untergeordnete Rolle zuweisen zu dürfen, ja gerade auf Grund des anatomischen Befundes ohne weiteres einen anaeroben Streptococcus als eigentlichen Erreger anzunehmen sich für berechtigt hält. Diesen Folgerungen vermag Bondy absolut nicht nachzukommen. Unsere Kenntnis der Wochenbettspathologie gestattet uns noch nicht, vom pathologisch-anatomischen Befunde aus einen untrüglichen Rückschluss auf einen bestimmten Erreger zu machen, ganz insbesondere, wenn ein Organbefund völlig ähnlicher Natur bereits durch andere Erreger hervorgebracht ist, im vorliegenden Falle den anaeroben Staphylococcus (Schottmüller). Einen hypothetischen, trotz anaerober Züchtung nicht gefundenen anaeroben Streptococcus den deletären Verlauf zuzuschreiben, dazu kann sich Bondy nicht entschliessen, wenn er im Cervixsekret und Blut anhämolytische aerobe Streptokokken allein fand. Weiterhin zählt Bondy eine Reihe schwerer Puerperalfieberfälle aus der Literatur auf, die ganz unzweifelhaft dem aeroben nicht hämolytischen Streptococcus ihre Entstehung verdanken. In betreff der Arteinteilung der Streptokokken schliesst sich Bondy der Anschauung Zangemeisters an, indem er die Hämolyse weniger als Kennzeichen einer besonderen Art als vielmehr als den Ausdruck günstiger Wachstumsbedingungen anspricht, der nicht nur die wohl jedem Untersucher bekannten Intensitätsschwankungen aufweist, sondern, entsprechend den äusseren Bedingungen, völlig zu verschwinden und wieder neu zu entstehen vermag.

Verschiedene Erreger.

Traugott (114) wirft zunächst einen Blick auf das Schicksal, das die Hämolyse der Streptokokken in ihrer Eigenschaft als Indikator für die Pathogenität erfahren hat. Endgültig besiegelt wurde dieses, nachdem es schon Natwig, Schlesinger, Heynemann und Zöppritz gelungen war, nichthämolytische Streptokokken in hämolytische umzuwandeln, durch Lamers Nachweis des Überganges der anhämolytischen Streptokokken der Schwangeren in die hämolytischen des Puerperiums. Überdies wird der Beweis bekräftigt durch die von Menzer, Lamers, Zangenmeister u. a. beobachteten Übergangsformen zwischen beiden Arten und ferner solchen Übergangsformen, die grüne Farbstoffe bilden, aber den Blutfarbstoff nicht lösen.

Durch die Beschreibung der innerhalb dreier Jahre von Traugott beobachteten, zum Teil recht schweren Infektionen mit dem nicht hämolytischen Streptococcus beabsichtigt Traugott die Beweiskette für die Unbrauchbarkeit der Hämolyse als Kriterium für die Pathogenität zu vervollständigen.

Von den 73 Infektionen mit nichthämolytischen Streptokokken oder Diplostreptokokken (47 nach Abort und Frühgeburt, 26 nach ausgetragener Gravidität) endeten 6 letal. Es bedeutet das eine Mortalität der Infektionen mit diesen Keimen von 8,2%. Es folgt die Besprechung der Fälle nach den Krankheitsbildern geordnet:

Resorptionsfieber (56 Fälle; 6 mal fand sich der Erreger in Reinkultur; in Anbetracht der überragenden Bedeutung der Streptokokken in der Puerperalinfektion wurde er auch in den übrigen 50 Fällen als Erreger angesehen, in denen er mit Kali, nichtverflüssigenden Staphylokokken oder grampositiven Stäbchen vergesellschaftet sich fand). 3 Endometritiden mit lokalisierter Entzündung an den Adnexen oder im Parametrium. 2 Beckenabszesse. 5 Peritonitiden (keinmal fand sich der Streptococcus in Reinkultur, obwohl bald nach Beginn der Erkrankung untersucht wurde). 5 Thrombophlebitiden der Plazentarstelle und der Beckenvenen; in einem dieser Fälle wird ein Übergang des neben einer weissen Sarcine im Uterussekret gefundenen anhämolytischen Streptococcus in dem späterhin in der Pleurahöhle angetroffenen hämolytischen Streptococcus angenommen (auch aus dem Sputum war zuvor der nichthämolytische Streptococcus gezüchtet). 1 Endometritis mit Lymphangitis.

Eine foudroyante Bakteriämie, Sepsis sensu strictiore, gelangte nicht zur Beobachtung.

Aus den hier gemachten Erfahrungen glaubt Traugott ferner schliessen zu dürfen, dass sich aus dem Vorkommen des Keimes in Reinkultur eine prognostische Bedeutung nicht ableiten lässt. Traugott liegt es fern, den hämolytischen Streptococcus als den Erreger der Mehrzahl gerade der schwersten puerperalen Infektionen leugnen zu wollen; nur die Verquickung von Hämolyse in vitro und Pathogenität soll eine Zurückweisung erfahren.

Rosowsky (96) untersuchte das Scheidensekret von 65 gesunden Frauen und 15 Kindern auf das Vorkommen anaerober Streptokokken mittelst der Schottmüllerschen Plastilin-Platte; in 40% mit positivem Resultate bei stets nur einmaliger Entnahme einer Öse Sekrets. Besonderes Gewicht legt er darauf, dass auch bei 2 unberührten Kindern von $1^3/_4$ und $5^1/_2$ Jahren der Erreger sich in der Scheide fand. Damit gewinnt Schottmüllers Vermutung an Gewissheit, dass es sich bei den so häufigen, teils schweren und tödlichen puerperalen Infektionen mit dem anaeroben Streptococcus meist um autogene Infektionen handelt.

Kroemer (71) dagegen gelangt zu der Ansicht, dass die Infektion mit dem anaeroben Streptococcus, wie sie Schottmüller mitteilt, in ihrer Bedeutung überschätzt werde. Im Gegenteil erachtet er sein Vorkommen für ein äusserst seltenes. Bei weitem die Mehrzahl der in Greifswald zum Exitus gekommenen Fälle ergaben den Befund des Streptococcus erysipelatos.

Auch Hüssy (53) hält die obligat anaeroben Keime im weiblichen Genitaltraktus für seltener als Schottmüller-Rosowsky angeben; er erachtet sie für im allgemeinen weniger virulent als die Aerobier.

Jordan (61) fand in 21 genauer untersuchten Fällen 17 mal einen Streptococcus, der sich von anderen Streptokokken unterscheidet, und den Verf. Streptococcus puerperalis nennt. Auf Agar wächst er reichlich in opaken Kolonien, die viel grösser als die anderer Streptokokken sind. Er macht die Milch gerinnen und bildet Säure mit Laktose, Glukose, Sacharose und Salizin, nicht mit Raffinose, Manit und Inulin. Er ist die häufigste Ursache des Puerperalfiebers; er scheint sich im Darminhalt zu finden und gelangt von dort in die Genitalorgane. Eine aus diesem Streptococcus hergestellte Vakzine empfiehlt er, schon prophylaktisch jeder Kreissenden zu geben.

Bondy (10) nimmt auf Grund eines eigens beobachteten Falles Veranlassung, der Frage nach der Bedeutung des Pneumococcus (dipl. lanc. pneumoniae Fränkel-Weichselbaum) für die puerperale Infektion näher zu treten. Da es im allgemeinen andere Organe sind, die durch den Pneumococcus erkranken, und bei dieser Gelegenheit die Keime auch sehr häufig im Blute gefunden werden, so liegt die Möglichkeit auf der Hand, dass die Plazentarstelle auf dem Blutwege metastatisch infiziert wird. Der Befund des Erregers im Uteruskavum kann hierin keine Aufklärung geben. Zunächst gibt Bondy eine Zusammenstellung der aus der Literatur bekannten puerperalen Pneumokokkeninfektionen. In der Hälfte etwa der Fälle war nach der Art des Krankheitsverlaufes eine hämatogene Entstehung der Infektion angenommen, in vielen derselben war eine Pneumonie kurz voraufgegangen. Besteht die Annahme einer primären Genitalinfektion zu Recht, so müssen bei bakteriologischen Untersuchungen des Genitalsekretes solche auch gelegentlich gefunden werden. In der Tat ist ein gelegentlicher Befund von Pneumokokken vielfach in der Literatur bekannt und ebenfalls auch vom Verf. erhoben worden. Um aber ein Urteil zu gewinnen, wie häufig etwa im Verhältnis zu seinem alltäglichen Vorkommen in der Mundhöhle und auf anderen Schleimhäuten der Keim in der Scheide Schwangerer, Wöchnerinnen und Nichtschwangerer sich findet, hat Bondy systematische Untersuchungen vorgenommen und bei 30 Nichtschwangeren keinmal, bei 30 Schwangeren und 30 Wöchnerinnen je einmal sichere Pneumokokken nachweisen können. Bondy weist ausdrücklich darauf hin, dass eine exakte Unterscheidung getroffen werden muss zwischen Pneumokokken einerseits und auf der anderen Seite den Parapneumokokken (Natwig) seu Diplostreptokokken (Walthard) und dem Streptococcus mucosus. Vielleicht sind auch in den in der Literatur mitgeteilten Fällen Verwechslungen in diesem Sinne vorgekommen, wie es Dudgeon, Panton, Koch und Hamm annehmen.

Als Hauptcharakteristikum der Pneumokokkengruppe gilt die Kapselbildung, die jenen den Streptokokken zuzuzählenden Mikroorganismen völlig fehlt. Erwähnt muss werden, dass auch der Pneumococcus dort, wo er in saprophytärem Zustande lebt, also ausserhalb des eigentlichen Krankheitsherdes, keine Kapseln zu bilden pflegt. Ferner bedient sich Bondy des Voges-Agars als eines wichtigen Differenzierungsmittels. Auf diesem nämlich bildet der Pneumococcus und allerdings auch der ihm zweifellos näherstehende Streptococcus mucosus auf dunkelrotem Grunde einen eigelb verfärbten Hof. Diese Eigenschaft fehlt völlig den Abkömmlingen der Streptokokkengruppe.

Amersbach (3) stellt sich die Aufgabe, das Scheidensekret von 40 Schwangeren auf das Vorkommen von Staphylokokken zu prüfen unter Zuhilfenahme aller kulturellen und serologischen Merkmale. So gibt er zunächst eine genaue Definition dessen, was allein auf die Bezeichnung Staphylokokken Anspruch hat: es sind grampositive, gleichgrosse, runde Kokken, zeigen im hängenden Tropfen der Bouillonkultur die typische Traubenanordnung und sind fakultativ anaerob. Löffler-Serum wird nie stärker verflüssigt. Schwankend ist dagegen das Verhalten der Staphylokokken bezüglich der Konsistenzveränderung der Gela-

tine, der Verfärbung der Lackmusmolke, der Farbstoffbildung und der Hämolysinproduktion. Ohne Anwendung dieser kulturellen Differenzierungen ist beispielsweise in vielen Fällen eine Abgrenzung gegenüber kleineren Sarcinen unmöglich, diese eben verflüssigen z. B. Löfflerserum und zeigen in der hohen Schicht nur aerobes Wachstum; Hämolysin wird von ihnen nie gebildet. Es hat sich nun herausgestellt, dass die allein menschenpathogenen pyogenen Staphylokokken ihre besonderen Charakteristika tragen, hämolytisch sind. Das Vorkommen nun gerade dieser Staphylokokken ist denn auch beschränkt im wesentlichen auf den Menschen, auf die Haut, Schleimhaut usw.

Um den Nachweis allein dieser in der Scheide handelt es sich denn auch in der Arbeit. Einer im gleichen Sinne vorgenommenen Untersuchung durch P. Jung wird eine fehlerhafte Methodik zur Last gelegt. Einmal gelten fälschlich als Kriterien Verflüssigung der Gelatine, Trübung von Traubenzucker und grampositives Verhalten.

Ebenso wird das Verhalten zur Prüfung der Hämolyse als ungenügend verurteilt. Die Verwendung von Menschenblut zum Hämolysinnachweis lässt unberücksichtigt den Gehalt des menschlichen Blutes an Antikörpern gegen das Staphylolysin. Ein derartiges Antistaphylolysin nämlich ist in jedem Menschenserum nachweisbar, auch ohne dass eine Staphylokokkeninfektion vorangegangen sein muss. Aber auch wegen ihrer bei weitem grösseren Empfindlichkeit sind beispielsweise die Kaninchenblutkörperchen zu Hämolyseversuchen besonders geeignet. Doch auch der einfache Nachweis der Hämolyse genügt nicht, sondern für grundlegende Versuche bedarf es des Beweises, dass die Auflösung der roten Blutkörperchen wirklich durch sie zustande kam, d. h. die Kontrolle mit inaktiviertem Staphylotoxin und mit Antistaphylotoxin. Unter Zuhilfenahme dieser feineren bakteriologischen Untersuchungsmethoden gelang es Amersbach in 48 % der Schwangeren echte hämolytische Staphylokokken nachzuweisen. Ausdrücklich wird darauf Wert gelegt, dass es sich um die echte Hämolyse handelte, die in einer Aufhellung eines Hofes bis zur Durchsichtigkeit innerhalb von 12—24 Stunden handelt; im Gegensatz nämlich zu zwei anderen Arten von Aufhellung. Bei der einen handelt es sich um die Bildung eines Hofes von trüber, schmutziger Verfärbung innerhalb von 24—48 Stunden, im anderen Falle um eine diffus über die ganze Platte sich erstreckende Aufhellung. Beides wird bei den Sarcinen beispielsweise beobachtet. Nur 2 der 19 Staphylokokkenträger fieberten im Wochenbett und zwar beide an Streptokokkeninfektionen. Aber selbst bei positivem Befund hämolytischer Staphylokokken in der Scheide rät Amersbach in dem uns geläufigen Schluss vorsichtig zu sein, es müsse sich hierin um den Erreger handeln; gerade eben wegen des so häufigen Befundes dieses Keimes in der Scheide.

Koblanck (68) beobachtete einen Fall von Kolisepsis, die mit Wahrscheinlichkeit ihren Ausgang von einer Entzündung in der blaurot verfärbten Nase genommen hat und somit einem zweiten von ihm und Sachs im Jahre 1908 beobachteten Fall ähnelt. Die Infektion mag den Abort herbeigeführt haben, Koli wuchs in Reinkultur aus dem Serum des Herpes nasiolabialis, aus dem Blut und aus der Scheide. Heilung bei Anwendung intravenöser und rektaler Kochsalzadrenalininjektionen.

Köhler (69) fand in zwei Fällen von Sepsis post abortum nur Bacterium coli in der Scheide (Reinkultur im ersten, fast rein im zweiten Falle), im Blute (wiederholt), Peritonealeiter, Parotisabszess etc. Der zweite Fall endigte letal. Die Identifizierung des Keimes geschah auf den üblichen Differentialnährböden: Gelatine, Zuckeragar, Kartoffel, Endonährboden, Milch, Lackmusmolke. Köhler hält den Weg des Keimes vom After aus durch den Genitaltrakt für den wahrscheinlichsten. Möglicherweise besteht für den geschwächten Organismus die Fähigkeit, selbst das wenig virulente Koli direkt in die Blut- oder gar Lymphgefässe aufzunehmen, ohne entzündliche Lokalisationen.

Sackenreiter (104) hat an 50 Fällen von putrider Endometritis Untersuchungen darüber angestellt, welche Keime für die Gestankbildung in Frage kommen. In 34% der Fälle fand Sackenreiter Bacterium coli teils allein, teils vergesellschaftet. In 24% gramnegative anaerobe Staphylokokken. In 14% den Streptococcus putridus, in 12% ein Influenzabazillen ähnliches hämoglobinophiles Stäbchen. Vaginalbazillen fanden sich in 24%, und zwar hiervon gramnegativ in 4%, grampositiv in 20%, fusiforme Stäbchen in 6%. Micrococcus tetragenos anaerobius (Wegelius), hämolytische Futterbazillen und Bacterium proteus in je 4%. Bacterium capsulatus (Fränkel-Welch), Bacterium pyocyaneus, anaerobe halbmondförmige Stäbchen (Wegelius N. 32) und Kokken (Wegelius N. 11) in je 2%. Die Beteiligung der beiden letzten Gruppen an der Gestankbildung ist unentschieden. Am häufigsten also fand sich Bacterium coli, auch war es das einzige, das sich in Reinkultur nachweisen liess. In 12% der Fälle gelang es nicht, den Gestankerreger festzustellen, fernerhin wurde der Pseudodiphtheriebazillus in mannigfachen Wachstumseigentümlichkeiten auch mit Hämolyse begabt im puerperalen Scheidensekret gefunden. Es gibt also keine einheitliche Ursache der putriden Endometritis.

Freund (39) trägt mit der Beschreibung dreier Fälle von Tetanus puerperalis zur Klinik dieses immerhin selteneren Krankheitsbildes bei. In allen drei Fällen handelt es sich um Eingriffe von unbefugter Hand: Einmal um langdauernde Manualhilfe von seiten der Hebamme bei Steisslage, zweimal um kriminelle Eingriffe zur Aborteinleitung; einmal war diesbehufs mit einem Holzspan in das Uteruskavum eingegangen. In den geheilten zwei Fällen war bald nach Ausbruch der Erscheinungen 12 bezw. 14 Tage nach stattgehabter Infektion Tetanusantitoxin gegeben worden in der Menge von 100 A. E. des Höchster Präparates. Im ersten Falle hatte die Inkubationszeit 9 Tage betragen. Symptomatischer Erfolg war auch auf Pantopon hin nicht zu verkennen. In keinem der drei Fälle gelang es, den Erreger festzustellen. Für die Praxis würde in prophylaktischer Hinsicht es sich empfehlen wegen der Möglichkeit einer Überwanderung der Keime vom After der Kreissenden her einmal für genügende Entleerung vor der Geburt zu sorgen, bei Eingriffen die Aftergegend zu bedecken, die Scheide vor der ersten Untersuchung und vor Eingriffen durch eine Spülung mechanisch zu reinigen. Eventuell wird die Hochschwangere den Genuss von Gemüsen, Beeren und Erdfrüchten meiden, an denen bekanntlich die haltbaren Sporen sich finden.

King (64) erinnert an einige wichtige Eigentümlichkeiten in der Verbreitungsweise des Gonococcus. Während zunächst die Schleimhäute vom Zylinderzellentyp das Ausbreitungsgebiet dieses Keimes sind, so hat man jetzt sichere Kenntnis von der Penetrationskraft desselben in die Tiefe der Gewebe, die uns die Entstehung der gonorrhoischen Arthritis, Endokarditis und Septikämie verständlich macht. Die Fähigkeit des Virulenzwechsels teilt er mit anderen Keimen. Ob der Gonokokkenträger eine gewisse Immunität erwirbt, wie es die Überimpfung einer Blennorrhoe von der gesunden Mutter auf das Neugeborene als möglich erscheinen lässt, ist fraglich. Der negative Befund des Erregers spricht nicht mit Sicherheit gegen den gonorrhoischen Charakter der Infektion.

Die Mehrzahl der gonorrhoisch Infizierten geht ohne akute, fieberhafte Erkrankung des Genitaltraktus im Wochenbett aus; in vielen dieser Fälle aber spielt sich dennoch schleichend eine Aszension der Infektion in Uterus und Tube ab, die häufiger nur zu Verdickung des Tubenrohres und Adhäsionen führen als zur Ausbildung eines Pyosalpinx. Im allgemeinen spielt sich dieser Prozess in den 6 Wochen der Involution ab. Klinisch verläuft diese latente Gonorrhoe entweder vollkommen schmerzlos, oder aber es bleibt mit den Verwachsungen ein dauernder Reizzustand im kleinen Becken zurück; solche Patientinnen stellen ein grosses Kontingent der invaliden, neurasthenischen Klientel der gynäkologischen Sprechstunde.

Auch können mehrere Wochenbetten spurlos vorübergehen, das Krankheitsbild in einem der späteren erst sich entwickeln.

Bei den puerperalen Infektionen spielt der Gonococcus eine zwiefache Rolle. Zunächst als Erreger selbst. Fernerhin geht mit der Umstimmung der Reaktion des Scheidensekretes durch die Anwesenheit des Gonococcus auch die bakterizide Eigenschaft des ersteren verloren, und der Invasion anderer Erreger ist Tür und Tor geöffnet.

Im Zusammenhang mit einer eigenen Beobachtung von puerperaler Gonokokkensepsis werden die Befunde Lofaros erwähnt, dem es gelang, in über der Hälfte der Fälle aller Arten gonorrhoischer Infektion den Erreger im Blute nachzuweisen.

Uterus.

Godart (42) sah bisher 2 Fälle von puerperalem Uterusabszess ohne jede Beteiligung der Adnexe. Der erste kam nach Hysterektomie ad exitum. In dem zweiten handelt es sich um eine 33 jährige Zweitgebärende. Nach normalem Partus erkrankte sie am Ende der ersten Woche unter den Erscheinungen einer Pelveoperitonitis, vielleicht infiziert durch eine alte Pflegerin mit einer Dakryocystitis. Neben einer symptomatischen Behandlung war subkutan Elektrargol gegeben worden, als Godart die Patientin am 25. Tage des Wochenbettes sah. Der sehr grosse, schmerzhafte Uterus war in der Gegend der Tubenecken auffallend weich, die Adnexe waren beiderseits frei. Nach Hysterektomie fiel die Temperatur. Zwei nochmalige Anstiege wurden mit intramuskulärer Injektion von Lantol erfolgreich behandelt. Der Uterus zeigte auf dem Schnitt eine Anzahl kleiner Abszesse in der Gegend der Tube beiderseits; im übrigen war er schlecht involviert, die Mukosa verdickt, die äusseren Muskelschichten ödematös, die Adnexe frei. In dem Abszesseiter Streptokokken. Godart macht auf die Gefahren einer therapeutischen Curettage aufmerksam.

De Monchy (84) beschreibt einen Fall von puerperaler Uterusgangrän. Der Partus einer Eklamptischen war von ihm mittelst Forzeps beendet worden. Am 9. Tage des fieberhaften Wochenbettes wird wegen plötzlich einsetzenden stinkenden Lochialflusses mit intrauterinen Spülungen begonnen. Am nächsten Tage wird ein grösseres Hämatom der Scheide eröffnet. Merkwürdigerweise führt de Monchy dieses nicht etwa auf die instrumentelle Entbindung zurück, sondern stellt sich vor, dass während des Krampfes noch intra partum ein Gefäss zerrissen sein werde. So will er sich auch das Schlechterwerden des Pulses erklären, während das Kind noch im Gebärkanal sich befand. Am 12. Tage werden zwei Sequester von flächenhafter Gestalt und aashaftem Gestank ausgestossen. Diese lassen mikroskopisch nekrotische Uteruswand mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit erkennen. Während das die Erscheinungen dessen sind, was von anderer Seite meist als Metritis dissecans bezeichnet wird, hat de Monchy noch eine besondere Seite dieses Krankheitsbildes beleuchtet, nämlich die Wiederherstellung der Uteruswand und ihrer Funktionstüchtigkeit. In seinem Fall nämlich erfolgte nach 5 und 8 Jahren die Geburt eines ausgetragenen Kindes. In 17 von 44 geheilten Fällen der Literatur ist der Wiederaufnahme der Funktion des Endometriums Beachtung geschenkt. In 7 derselben trat die Menstruation wieder ein, in 10 derselben jedoch kehrte sie nicht wieder.

Adnexe und Parametrien.

Rose (92) beschreibt die Entstehung einer Pyosalpinx, die zum 1. Male in der 5. Woche post partum Erscheinungen gemacht hatte. Unter der Diagnose Ovarialtumor mit Stieldrehung war die Pyosalpinx mit gutem Erfolge per laparotomiam entfernt worden. Das Kind litt an einer Blennorrhoe.

Während Schottmüller (Diskussion) dazu neigt, die von ihm beschriebenen anaeroben Streptokokken, auch Staphylokokken, als die bei weitem häufigsten Erreger puerperaler Salpingitiden anzusehen, hält Rose für seinen Fall den Gonococcus

für den wahrscheinlichsten Erreger allein schon in Anbetracht der Blennorrhoe des Kindes.

Ferguson (34) hält dafür, dass die Mehrzahl der puerperalen Pyosalpingitiden für Parametritiden gehalten werden, und ein operativer Eingriff infolgedessen bis zur eitrigen Einschmelzung hinausgeschoben wird. Viele Beckenzellgewebsentzündungen mit Beginn hoch im Becken nehmen von einer Infektion der Tube ihren Ausgang und bedürften gerade der frühen Operation. Die Höhe des Sitzes der Resistenz im Beginn ist für die Diagnose von Wichtigkeit. Das akute Stadium ist für die Operation der puerperalen Pyosalpinx abzuwarten.

Barbour (Diskuss.) hält eine Resistenz hoch im Parametrium nicht für unbedingt einer Pyosalpinx zugehörig, es entstehen auch Zellgewebsentzündungen oben im Lig. latum, die meist Neigung zur Ausbreitung entlang dem Lig. rotundum zur Beckenwand hin zeigen.

Haultain (Diskuss.) verwertet vor allem die Beweglichkeit für die Diagnose.

Brewis (Diskuss.) betont, dass die Mehrzahl der puerperalen Pyosalpingitiden ohne Operation heilt. Bei Notwendigkeit der Operation würde er für frische Fälle den abdominalen, für ältere den vaginalen Weg vorziehen.

Franke (38) hatte Gelegenheit, den Durchbruch eines beiderseitigen parametranen Exsudates durch das Foramen ischiadicum zu beobachten. Der Prozess gelangte wegen Komplikation durch psychische Erkrankung der Wöchnerin erst zur Diagnose, als vier Wochen post partum ein Senkungsabszess in beiden Glutäalgegenden seinen Durchbruch vorbereitete. Zur Differentialdiagnose gegenüber einem proktitischen Prozesse wird die rektale Untersuchung empfohlen.

Peritonitis.

Boquell (13) fasst die an 27 Fällen gesammelten Erfahrungen über die puerperale Peritonitis folgendermassen zusammen: Wegen der grossen Verschiedenheit des klinischen Bildes werden in der Diagnose Irrtümer immer wieder unterlaufen. Ein jedes der im allgemeinen als charakteristisch anzusprechenden Symptome kann fehlen, wie das Missverhältnis zwischen Puls und Temperatur, das Erbrechen, die Auftreibung des Leibes; auch die Schmerzhaftigkeit kann fehlen oder sie macht eine Unterscheidung gegenüber derjenigen bei lokalisierter Peritonitis unmöglich. Die Allgemeinsymptome sind zweifellos konstanter, aber weniger charakteristisch und nicht immer zu unterscheiden von denjenigen allgemeiner Infektionen.

Mériel (82) bot sich im Zeitraume von 6 Jahren 6 mal der bekannte Symptomenkomplex der akuten Magendilatation dar. Den Duodenalverschluss spricht er darin als das sekundäre an, im Gegensatze zu Albrecht, Kundrat etc. Kellings Annahme einer faltenartigen Klappenbildung an der Kardia, die den Mangel des Erbrechens erklären würde, hält er für beachtenswert. Reynier und Legueu sehen die Dilatation als den Ausdruck einer Hemmungswirkung im Reflexnervensystem an, ähnlich der Blasenlähmung nach Eingriffen am Damm. Wahrscheinlich kann das Bild durch die verschiedensten Ursachen hervorgerufen werden: durch Infektion, toxische Wirkung des Narkotikums, operativ-traumatische Beeinflussung des Viszeralnervensystemes, Aerophagi. Therapeutisch wirkt die Magenspülung ebenso prompt wie bei der postoperativen Blasenlähmung der Katheterismus, allerdings empfiehlt er nebenbei die Bauchlage.

Audebert (Diskuss.) hält in den geburtshilflichen Fällen die Chloroformintoxikation ätiologisch für das Wichtigste, in zweiter Linie den traumatischen Shock der Abdominalnerven. Therapeutisch stellt er die Knieellenbogenlage an die Spitze, rät jedoch, die Trendelenburgsche Beckenhochlagerung, wie sie Schlesinger für Laparotomiefälle empfiehlt, einer Prüfung zu unterziehen.

Pyämie.

Nach Veit (115) scheint das Entstehen einer Pyämie eine gewisse Disposition vorauszusetzen. Diese besteht insonderheit in einer gewissen Schwäche der Uteruswand etwa infolge einer Zwillingsschwangerschaft oder bei Erschöpfungszuständen, wie sie charakterisiert sind durch die Atonie, die deshalb auch häufig zu Plazentaroperationen Veranlassung geben. In ähnlicher Weise kann die seröse Durchtränkung und kleinzellige Infiltration der Uteruswand bei Infektion, wie wir sie besonders beim kriminellen Abort sehen, die anatomische Grundlage für die schlechte Zusammenziehung bieten. Eine solche Beschaffenheit der Muskulatur erklärt ausser der Plazentarverhaltung das Offenbleiben der Venenlumina. Gerade die erwähnten Umstände lassen eine Ansammlung von zersetzungsfähigem Material im Uteruslumen zu, leisten im übrigen aber zu einer pathologischen Entwickelung der Keimflora im Uterus dadurch Vorschub, dass sie besonders häufig zu operativen Eingriffen Anlass geben.

Ob etwa ein absolut spezifischer Erreger die Pyämie veranlasst, lässt sich mit Sicherheit bisher nicht entscheiden. Soviel aber ist nicht zu leugnen, dass der obligat anaerobe Streptococcus als Erreger eine ganz hervorragende Rolle spielt. Ja, wenn man bei einer Pyämie einen aeroben Streptococcus findet, so schliesst es das Vorhandensein des Anaerobiers als Erreger noch keineswegs aus. Auch ein Übergang der beiden Formen ineinander unter allmählicher Umwandlung dieses Kulturmerkmales ist nicht von der Hand zu weisen. Soviel aber scheint Veit festzustehen und darin schliesst er sich der Frommeschen Annahme an, der Erreger ist im allgemeinen ein nicht hochvirulenter, wie ja auch die anaerobe Form gemeinhin für die weniger virulente gilt, kann aber im Laufe der Erkrankung seine Virulenz erheblich steigern.

Thrombose.

De la Camp (4) bespricht die Bedeutung der Thrombose vom Standpunkt des Internisten; er kann eine gewisse Verwandtschaft und Abhängigkeitsbeziehung zwischen den anatomisch gewiss verschiedenen Vorgängen der Blutgerinnung und primären Blutpfropfbildung nicht in Abrede stellen. De la Camp erklärt sich das Zustandekommen der Thrombose bei Chlorose durch die herabgesetzte Zirkulation und Ernährungsstörung der Venenwand. Ein ähnliches Verhalten wird bei den Thrombosen der Leukämie anzuschuldigen sein. Dass sich chronisch anämische Zustände in der Neigung zur Thrombose anders verhalten, ist nicht mehr als erklärlich, da hier im Gegensatz zur Chlorose die Blutmenge vermindert, das Herzschlagvolumen und die Stromgeschwindigkeit dagegen erhöht sein müssen. Die Beeinflussung der Thrombenbildung muss in der Hauptsache eine prophylaktische sein, nämlich aktive, bezw. passive Bewegung der durch ihre Lage disponierten Unterextremitäten.

Duffek (28) fand, dass bei der Entstehung eines septischen Thrombus stets anfangs ein primärer Blutplättchenthrombus sich bildet mit Kokkeneinschlüssen und sekundären Entzündungserscheinungen der Wand. Direkte Gerinnungen sind überhaupt nicht nachweisbar, dagegen scheinen die von der Infektionsstelle entfernt liegenden septischen Thromben derart zustande zu kommen, dass bei der aus allgemeinen Gründen entstehenden Thrombenbildung die im Blut kreisenden Mikroorganismen mit eingeschlossen werden. Im Gegensatz hierzu ergaben die Untersuchungen am puerperalen Uterus, dass die Venen der Plazentarstelle sich im allgemeinen mit Gerinnungs-, selten mit Ausscheidungsthromben schliessen. Bei der puerperalen Infektion werden dann diese schon bestehenden Thromben sekundär infiziert. Der Versuch, am Tiere durch Infektion des ruhenden puerperalen Uterus septische Thrombose (fortgeleitete oder entfernte) zu erzeugen, gelang nicht.

Jeannin (57) trennt bei der Betrachtung der Ätiologie der Thrombose die Fälle mit normalem Verlauf des Gestationsprozesses von denen, die durch Störungen

irgendwelcher Art kompliziert sind. Bei den ersteren kommen als Ursache in Betracht einmal die Verlangsamung des Blutstromes, wie sie bedingt ist in der Schwangerschaft durch die Erweiterung der Venenbahnen, insbesondere derjenigen der Genitalorgane, den gehemmten Abfluss, im Wochenbett durch das Sinken des intraabdominalen Druckes, die verlangsamte Herztätigkeit; sodann Veränderungen des Blutes chemischer Natur, wie Herabsetzung der Dichtigkeit, Vermehrung des Fibringehaltes in den letzten Monaten, Verminderung der Alkaleszenz und vor allem Steigerung des Kalkgehaltes, anatomischer Natur, Anwachsen der Leukozytenzahl und Zerfall solcher in grossen Mengen unter gewissen Bedingungen mit Freiwerden von Thrombokinase. Ferner wirken Veränderungen des Venenendothels, wie sie auf die einem jeden Geburtsstadium eigene Weise zustande kommen; in der Schwangerschaft: Druck und Dehnung des Gefässes, Stauung, Eindringen von Zotten und Riesenzellen in das Lumen an der Plazentarstelle; durch Toxinbildung aus Ovarium, Corpus luteum, Plazenta, Kind, durch Infektion. In der Geburt werden die Endothelveränderungen vorzüglich traumatischer Natur sein, durch heftige Wehentätigkeit, Muttermundsrisse, Eröffnung der Sinus bei Ablösung der Plazenta. Post partum wird der bakterielle Einfluss auf das Endothel die Hauptrolle spielen.

Bei pathologischen Komplikationen können alle Faktoren in verstärktem Masse wirken. Ausserdem kann hier das Endothel geschädigt werden durch Eingriffe, Toxine, die den erkrankten Organen oder einer bestehenden Infektion entstammen. In den Fällen, die mit einer Blutung einhergehen, kommt die gerinnungsfördernde Wirkung des den Coagulis in utero entstammenden Serums für die Thrombosenbildung in Betracht, desgleichen das in diesen Fällen erhöhte Gerinnungsvermögen; auf diesem Wege erklärt sich Jeannin auch die Häufigkeit der Thrombose nach der Placenta praevia mit ihren wiederholten Blutungen.

Zweifellos gibt es neben Thromben infektiösen Ursprungs auch solche nicht infektiösen; diese bilden gewissermassen eine Fortsetzung der physiologischen Thrombosierung an der Plazentarstelle, vielleicht ist sie häufig veranlasst durch eine Atonie oder durch Veränderungen im Chemismus der Körpersäfte.

In der Symptomatologie der aseptischen Thrombose räumt er dem Mahlerschen Kletterpuls eine wichtige Rolle ein. Für die Trombophlebitis misst er den pulmonalen Symptomen eine besondere Bedeutung bei. Einmal treten diese Erscheinungen häufig schon zu einer Zeit auf, zu welcher der thrombophlebitische Prozess noch auf die Beckenvenen beschränkt, die Femoralis noch nicht ergriffen und die Diagnose aus dem örtlichen Befund mit Sicherheit noch nicht zu stellen ist. Fernerhin hat das klinische Bild der auf dem Wege über das rechte Herz in die Lungen verschleppten miliaren Embolien etwas recht Charakteristisches; das Initialsymptom bilden für gewöhnlich Seitenstiche, die Atmung wird frequent und die schmerzhafte Seite des Thorax bleibt deutlich in den respiratorischen Exkursionen gegenüber der anderen Seite zurück. Über der schmerzhaften Stelle findet man etwas Dämpfung und Krepitieren. Das Sputum zeigt die Farbe des Johannisbeergelées. Ein pleuritisches Exsudat und längerdauernder Husten können folgen. Die Attacken können sich wiederholen. Umfangreiche Emboli pflegen sich bei der Thrombophlebitis nicht abzulösen. Häufig findet sich eine Schmerzhaftigkeit zu seiten des Uterus, die besonders beim Untersuchen auffällt, bei der Defäkation geklagt wird, sodann aber auch bei jeder weiteren Ausbreitung des Prozesses exazerbiert. Dysurie und Ischurie gehen nur ganz unregelmässig mit der Thrombophlebitis einher; ein häufiger beobachteter Meteorismus vollends ist wegen dessen so verschiedener Entstehungsmöglichkeit im Wochenbett diagnostisch nicht zu verwerten. Wichtig ist der Tastbefund. Es gilt hier die Regel, dass der thrombophlebitische Prozess der Hypogastrika oder Spermatika, selbst bei begleitender Paraphlebitis, die Excavatio recto-uterina, sowie vesico-uterina völlig frei lässt im Gegensatze zu Peri-, Parametritiden und Adnexentzündungen.

Michaelis (83) betont von neuem gegenüber Küster (1911), dass post partum und post operationem Thrombose und Embolie nicht gänzlich ohne Vorboten eintreten: bei genügend häufiger und genauer Messung beobachtet man vor Eintritt dieser Komplikationen subfebrile Temperaturen.

Küster (72) begründet wiederum seine Anschauungen Michaelis (Zeitschrift für Geb. und Gyn. 70, H. 1) gegenüber und schliesst aus seinem Material, das er um einen weiteren Fall bereichert: „Eine grosse Zahl der Fälle von Thrombose und Embolie scheidet von vornherein für das prämonitorische Temperatursymptom aus — bei dem Rest ist das Symptom selten zu finden — 3 mal unter 30 Fällen; prämonitorische Temperatursteigerung vor dem Eintritt von Thrombose oder Embolie ist nicht allein nicht regelmässig, sondern sogar eine Seltenheit."

Nacke (85) legt seinen (bereits im Zentralblatt für Gyn. 1908 Nr. 33) vertretenen Standpunkt zur Frage der prämonitorischen Symptome der Thrombose dar gegenüber den Ausführungen Michaelis. Küsters Ansicht ist auch die seinige stets gewesen. Was die Prognose der Embolie anlangt, so liegen die Verhältnisse nicht so einfach; die obturierenden Thromben allerdings erkennen wir wohl im allgemeinen infolge der sekundären Schwellung früh genug, um rechtzeitig einer Embolie vorzubeugen. Unglücklicherweise jedoch sind es gerade die meist nicht diagnostizierbaren wandständigen Thromben, die zur Embolie führen.

Auch Rosenstein (94) konnte an zwei genau beobachteten Fällen puerperaler bezw. operativer Thrombose bis zum Eintritte einer Embolie eine Temperatursteigerung oder Veränderung des Pulses nicht konstatieren.

2. Prophylaxe und Therapie.

1. *Ahlfeld, F., Zur Prophylaxe des Kindbettfiebers in den deutsch abgefassten staatlichen Lehrbüchern für Hebammen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. H. 1. p. 41.
2. *— Verbot oder Einschränkung der inneren Untersuchung für Hebammen. Zeitschr. f. Medizinalbeamte H. 13. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 117.
3. Arnold, J., Beiträge zur Würdigung der Uterusspülung bei Puerperalfieber. Diss. München 1910.
4. Baldovsky, Abszess des Eierstockes. Wratsch. Gaz. Nr. 10. (Der Abszess war puerperalen Ursprungs und enthielt Streptokokken.) (H. Jentter.)
5. *Bauer, Fritz, Zur Behandlung der akuten, freien Peritonitis mit besonderer Rücksicht auf die Frage der Primärnaht. Arch. f. klin. Chir. Bd. 96. H. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 662.
6. *Benthin, W., Zur Frage der Indikationsstellung bei der operativen Behandlung der puerperalen Pyämie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39. p. 1269.
7. *Björkenheim, Edv. A., Zur Bakteriologie und Therapie des fieberhaften Abortes. Arch. f. Gyn. Bd. 98. H. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 143.
8. *Blumenthal, Ferdinand, Die therapeutische Verwendung des Silberatoxyls, Monosilbersalz der p-Amidophenylarsensäure. (Therapie der Gegenwart. 1911. September.) Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1072.

8a. *Bondy, Bakteriologie und Klinik des Abortes. Gyn. Ges. zu Breslau. 21. XI., 12. XII. 1911. (Vgl. Jahresbericht 1911. p. 776.)

9. *Boquel, A., Sur le traitement des péritonites au cours de la puerpéralité. Soc. obst. de France. Oktober 1911. Bericht: Annales de Gyn. et d'obst. Dezember 1911. p. 731.
10. *Brindeau, La culture de bacilles lactiques dans l'infection puerpérale. Soc. obst. de France. Oktober 1911. Bericht: Annales de gyn. et d'obst. Dezember 1911. p. 746.
11. *Brüning, F., Vergleichende Desinfektionsversuche mit Jodtinktur und Alkohol. Arch. f. klin. Chir. Bd. 94. H. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 383.
12. *Bryan, C. W. G., Pyaemia treated with specific antistreptococcus serum. The Lancet. Febr. p. 501.
13. *Calderini, Di alcuni casi di sifilide asintomatica osservati in donne puerpere.

(Einige Fälle von asymptomatischer, bei Wöchnerinnen beobachteter Syphilis. Annali di Ostetr. e Ginec. 34. S. 521.
14. *Cannaday, John, Ein Rückblick auf die Geschichte der Jodtinkturdesinfektion der Hand. Amer. journ. of obstet. and dis. of w. and children 1912. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 631.
15. *Daniel, G., und P. Coste, Die Behandlung der puerperalen Infektion mit Joddämpfen. Gazette des hôpit. Nr. 103. Ref. Berliner klin. Woch. p. 2147.
16. Dobrowolski, Zwei Fälle von akuter allgemeiner Peritonitis nach normaler Geburt. In einem Fall erwies die Nekropsie das Platzen einer typhösen Darmulkusperforation. Der Typhus war ante partum ganz maskiert verlaufen. Im zweiten Falle keinerlei Ursache trotz Nekropsie festgestellt. Przeglad Lekarski. Nr. 7. p. 121. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
17. *Dohrn, Innere Untersuchung bei Gebärenden. Gynäk. Ges. zu Dresden. 21. März. Ref. Zentralbl. p. 934.
18. *Dopple, A., Über die Behandlung des Puerperalfiebers mit Serum. Inaug.-Diss. Bonn 1911. Ref. Zentralbl f. Gyn. p. 1475.
19. Douglas, H. St., Aseptische oder antiseptische Hände in der geburtshilflichen Praxis. Americ. journ. of obstet. and dis. of w. Jan.
20. Dührssen, A., Die chirurgische Behandlung der Uterusblutungen in der Gravidität, in der Geburt und im Wochenbett. Berliner klin. Woch. Nr. 37. p. 1737.
21. *Eisenberg, H., Das Silberatoxyl, ein wirksames Mittel zur Bekämpfung der Sepsis. Berliner klin. Woch. 1911. Nr. 36.
22. Ekstein, E., Staatliche Organisation der Hebamme, ein wesentlicher Beitrag zur Bekämpfung des Puerperalfiebers. Gynäk. Rundschau. H. 12/15. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1548.
23. *Esch, P., und Fr. Schröder, Bakteriologische Untersuchungen über die Wirkung von Vaginalspülungen bei graviden Frauen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. H. 1. p. 178.
24. *Feig, A., Weiteres zur Prophylaxe des Puerperalfiebers. Prager med. Wochenschrift. Nr. 51. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 292.
25. Flexner, Simon, Some problems in infection and its control. The Lancet. 9. Nov. p. 1271.
26. *v. Franqué, Die Behandlung der Retention von Eiteilen bei bestehendem Fieber. Med. Ges. in Giessen. 19. Dez. 1911. Ref. Deutsche med. Woch. p. 686.
27. *Franz, K., Zur Klinik der puerperalen Peritonitis. Therapie der Gegenwart. H. 1.
28. *Frenkel, Alex, Asepsis — Antisepsis. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 383.
29. Gibson, M. J., Septic uterus removed immediatly after caesarean section for sacculation following ventral suspension. Royal academy of medicine in Ireland. May. Ref. The journ. of obst. and gyn. July. p. 57. (Nach Ventrifixation war Gravidität eingetreten und bei der nach hinten oben verzogenen Portio Schwierigkeit in der Erweiterungsperiode mit vorzeitigem Blasensprung und folgender schwerer Infektion intra partum beobachtet worden: Porro-Operation mit schwer gestörtem Wochenbett.)
30. Goepel, Emil, Ein Beitrag zur Lehre von den posteklamptischen Psychosen. Diss. Kiel 1911—1912.
31. Groebel, Zur Frage des Vorgehens bei puerperalen Blutungen laut den Verhandlungen des Internationalen gynäkologischen Kongresses in Berlin 1912. Tygodnik Lwowski Lekarski. Nr. 49. p. 798. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
32. *Grünbaum, D., Die Einschränkung der inneren Untersuchung durch die Hebamme und ihr Einfluss auf die Morbidität des Wochenbettes. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35. p. 1138.
33. Guiccardi, G., Esito raro di una cisti ovarica complicante la gravidanza. (Seltener Ausgang einer die Schwangerschaft komplizierenden Eierstockszyste.) La Ginecologia. Firenze IX. fasc. 5. (Bei einer Wöchnerin, die mittels Zange ad term. geboren hatte, hohes Fieber aufwies und Zeichen einer Ansammlung im Unterleib darbot, werden am 19. Tage nach der Geburt mittelst Parazentese 17 Liter einer eitrigen stinkenden Flüssigkeit entzogen, aus der sich Streptokokken entwickeln. Bei der Sektion findet man eine enorme Höhle infolge einer Peritonitis saccata, an der die Reste eines Eierstockkystoms adhärieren, das hier geplatzt war und sich entleert hatte.) (Artom di Sant' Agnese.)

34. *Häberle, Zur Behandlung septischer Aborte. Bayer. Ges. f. Geb. u. Frauenheilk. 28. I. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 519.
35. Hawkyard, A., Behandlung der puerperalen Sepsis mit Vakzin. Brit. med. journ. 6. Jan. Ref. Deutsche med. Wochenschr. p. 189.
36. Heimann, Fritz, Der heutige Stand der Serumtherapie bei Streptokokkeninfektionen. Med. Klin. Nr. 34. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 324.
37. *Heimann, Fritz, Experimentelle Beiträge zur Prophylaxe und Therapie der septischen Infektion. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 71. H. 3. p. 553. (Heimann kommt auf Grund seiner Untersuchungen an der weissen Maus zu folgenden, den Ergebnissen der Arbeiten Hoehnes und Burkhardts schroff gegenüberstehenden Resultaten: Die Injektionen von Kampferöl sind nicht als unschädlich zu betrachten; die von der weissen Maus im allgemeinen noch vertragene Menge beträgt weniger als den Angaben Burkhards entspricht, nämlich 0,25—0,5 einer 2,5%igen Lösung. Weder die voraufgehende (24 Std.) Vorbehandlung des Peritoneums mit Oliven- oder Kampferöl, noch eine voraufgehende, überstandene leichtere bakterielle Infektion (Hoehne), noch auch die mit der Bouillonkultur von Pneumokokken oder Kali zugleich intraperitoneal injizierte Öl- oder Kampferölmenge ist imstande, die Resorption von seiten des Peritoneums aufzuhalten und den Tod durch Allgemeininfektion zu verhindern oder auch nur zu verzögern. Ja, die gleichen Prüfungsreihen mit intraperitonealer Infektion durch Trypanosoma Brucei, die durch wiederholte Untersuchung des Blutes (aus dem Schwanz des Tieres) eine zeitliche Bestimmung des Beginnes der Allgemeininfektion gestattet, liessen die Resorption beschleunigt erscheinen bei der Ölprophylaxe und führten in einer Zahl der Fälle zu früherem Tode als bei den nicht geschützten Kontrolltieren. Insofern möchte Heimann, wenn vom Tierversuch ein Schluss auf die Verhältnisse beim Menschen erlaubt ist, von der Behandlung des Peritoneums zur Verhütung einer Allgemeininfektion abraten.
38. *Henrotay, M., Phlébite puerperale. Société obst. de France. (Disskussion.) Bericht: La Presse Méd. p. 967.
39. *Hirst, John Cooke, Die operative Behandlung der puerperalen Sepsis. Amer. Journ. of the obst. and dis. of women and children. Juni. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1474.
40. *Hoehne, O., Zur operativen Behandlung der puerperalen Pyämie. Med. Ges. zu Kiel. Juli. Ref. Münch. med. Woch. p. 2134.
41. Hoffmann, A., Experimentelles und Klinisches zur Desinfektion des Operationsfeldes mit Thymolspiritus. Beitr. z. klin. Chirurgie. Bd. 76. H. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1134.
42. Huggins, R. R., The ligation or excision of the ovarian or deep pelvic veins in the treatment of puerperal thrombophlebitis. The journal of the Amer. medical Assoc. 20. Juli. p. 160.
43. Hüssy, P., Die Virulenz der Keime im Infektionskampfe. Ges. f. Geb. u. Gyn. München. 7. Juli. Ref. Münch. med. Woch. p. 1933. (Da in der Behandlung des Puerperalfiebers alle Versuche, die auf eine Steigerung der Schutzstoffe des Körpers hinzielten, ohne Erfolg blieben, so bringt Hüssy in Vorschlag, gegen die Angriffsstoffe der Bakterien sich zu wenden und danach zu trachten, die Aggressine und Leukozidine zu lähmen.)
44. Jardine, Robert, Diskussion zu Russell (Teil 1, Nr. 99).
44a. Jellet, H., Suppurating ovarian vein removed in a case of pyaemia. Royal academy of medicine in Ireland. May. Ref. Thə journal of obst. and gyn. July. p. 52. (Bericht über einen günstig verlaufenen Fall.)
45. Kaufmann, H., Ein Beitrag zur therapeutischen Anwendung von Jod in statu nascendi. Berliner klin. Wochenschr. 1911. Nr. 50. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1133. (Kaufmann hat mit gutem Erfolge, speziell in der Therapie der Urethritis, die Applikation einer 5%igen Jodkalilösung mit darauffolgender Injektion von verdünntem Wasserstoffsuperoxyd angewandt. Der frei werdende Sauerstoff entbindet aus den Jodkalilösungen das Jod.)
46. *Kausch, W., Über Kollargol bei Sepsis und bei Karzinom. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 35. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 292.
47. Kedzierski, A., Fall von Chorionepithelium nach Geburt am normalen Schwangerschaftsende. Gazeta Lekarska. Nr, 39. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
48. *Kennel, W., Heisswasser-Alkoholdesinfektion oder Handschuhprophylaxe in der Geburtshilfe. Inaug.-Diss. Basel 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1600.

49. *Kirchhoff, W., Das atoxylsaure Silber in seiner Wirkung auf Streptokokkeninfektionen. Inaug.-Diss. Marburg.
50. — Das atoxylsaure Silber in seiner Wirkung auf Streptokokkeninfektion. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 71. H. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1472.
51. *Klotz, R., Über Peritonitisbehandlung mit Hypophysenextrakt. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Ergänzungsheft. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1663.
52. *Koblank, Demonstration zur Behandlung des septischen Abortes. Hufelandische Ges. Sitzg. 9. Mai. Ref. Berliner klin. Woch. p. 1248.
53. *— Zur Indikation und Wahl der Operation bei puerperaler Sepsis. 6. Internat. Kongress f. Geburtsh. u. Gyn. in Berlin. September. Ref. Zentralbl. p. 1323.
54. *Kuhn, Franz, Die Zuckerbehandlung der Bauchfellentzündung. (Peritonitisbehandlung auf biologischer Grundlage.) Arch. f. klin. Chir. Bd. 96. H. 3 u. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 663.
55. Kuhn, Franz, Örtliche Verwendung von Zucker in der Gynäkologie und Geburtshilfe, Betrachtungen zu einer biologischen Behandlung der Vaginitis und des Puerperalfiebers. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 70. H. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 685.
56. — Prophylaxe der Thrombose durch Luftdruckmassage. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26. p. 848.
57. Lamers, A. J. M., Zur Frage der Pathogenitätsbestimmung der Streptokokken im Lochialsekret. Praktische Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Bd. 5. H. 1.
58. Lehmann, Hämodesinfektion mit Tribonnaphthol. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 74. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1133.
59. *Leisewitz, Th., Innere Untersuchung intra partum. Annal. f. d. ges. Hebammenwesen. Bd. 3. H. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 117.
60. Littig, L. W., Treatment of puerperal infection. Illinois med. Journal. Jan. 21. Nr. 1. Ref. The Journal of the Amer. Med. Assoc. Febr. p. 437.
61. Lumsden, J., und A. N. Holms, Specific vaginitis treated by vaccines. Royal Academy of Medecine in Ireland. Section of obst. 31. May. Ref. The Lancet. June. p. 1689.
62. Mangiagalli, L., Ascesso iliaco superficiale e profondo da infezione puerperale (conferenza). (Oberflächlicher und tiefer Hüftbeinabszess durch Wochenbettinfektion. Vortrag.) Arte Ostetrica Milano. Anno 26. p. 81.
63. Massimi, G., Sul valore terapeutico delle lavande vaginali ed endouterine nelle endometriti puerperali da streptococchi. Über den therapeutischen Wert der Scheiden- und endouterinen Ausspülungen bei Streptococcusendometritiden im Wochenbett. Atti Soc. Ital. ostetr. ginec. Vol. 18.
64. *Medalia, L. S., und W. J. Walton, Opsonine- und Vakzinebehandlung bei der puerperalen Sepsis. Surgery, gynecology and obstetrics. Vol. 15. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 820.
65. *Menzer, A., Allgemeines und Besonders über Vakzinetherapie. Med. Klin. 8. Ref. Zentralbl. 30. p. 1008.
66. Mihalkowics, E., Unsere Erfahrungen bei 400 Aborten. Orvosi Hetilap Gynäk. 1911. Nr. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1060.
67. *Miller, C. Jeff., The present status of ligation or excision of the pelvic veins in the treatment of septic thrombophlebitis of puerperal origin. The journal of the americ. med. assoc. Juli. p. 157.
68. *Murray, H. Leith, Puerperalfieber. Practitioner. Sept. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1738.
69. Neumann, Hermann, Beitrag zur Lehre von den Eklampsiepsychosen. Dissert. Kiel 1911—1912.
70. Noguchi, Y., Über den Wert der Jodtinktur als Desinfektionsmittel der Haut. Arch. f. klin. Chir. Bd. 95. H. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 631. (Noguchi weist auf die Schattenseiten der Jodtinkturdesinfektion hin, zunächst auf die Beeinträchtigung der Jodwirkung durch die Feuchtigkeit der Haut, die Befeuchtung der Haut aber lässt sich nicht vermeiden, da trockenes Rasieren zu Reizerscheinungen führt; gegen die Seifenspiritusdesinfektion steht die Jodtinktur an desinfizierender Kraft zurück, für die Praxis liefert sie Brauchbares.)
71. Nürnberger, L., Zur Kenntnis der extragenitalen Infektionen im Wochenbett. Zentralbl, f. Gyn. Nr. 10. p. 289.
72. *Pankow, O., Die endogene Infektio nin der Geburtshilfe. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 71. H. 3. p. 449.

73. Patek, R., Zur Behandlung der Fehlgeburten. Arch. f. Gyn. Bd. 98. H. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1517. (Patek empfiehlt bei Abortus imminens grösstmöglichen Konservatismus und hofft selbst bei abgeflossenem Fruchtwasser noch auf Erhaltung der Schwangerschaft(!). Ist der Abort nicht aufzuhalten, dann wird er zu beschleunigen versucht. Ist er im Gange, so wird die Ausstossung womöglich den Naturkräften überlassen. Bei erweitertem Muttermund wird die rein instrumentelle Ausräumung vorgenommen. Der Winterschen Indikationsstellung zur differenten Behandlung je nach dem bakteriologischen Befunde steht Patek ablehnend gegenüber.)

74. Pilod, M., Die antiseptische Kraft der Seife. Presse méd. Juli 10. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1600. (Pilod hält die antiseptische Kraft der Seife nicht für genügend, um selbst bei einstündiger Waschung die für eine Operation notwendige Keimfreiheit der Hände zu erzielen.)

75. *Polano, O., Über den Einfluss medikamentöser Scheidenspülungen auf die normale und pathologische, nicht puerperale Scheide. Zeitschr. Bd. 70. H. 2. p. 394.

76. Rabinowitsch, O. M., Zur Therapie der Plazentarretention. Inaug.-Diss. Genf.

77. Rizzatti, Tre casi di infezione puerperale generalizzata guarita con gli ascessi da fissazione. (Drei Fälle von allgemeiner Wochenbettinfektion geheilt durch Fixierungsabszesse). Annali di Ostetr. e Ginec. Milano. 34. S. 362.

78. Roeder, B., Behandlung der Eihautretention. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. H. 5. Zentralbl. p. 935.

79. Rosenow. Die Anregung der Brustdrüsentätigkeit in der Behandlung puerperaler Erkrankungen pyämischer Natur. Wratsch. Gaz. Nr. 2. (Rosenow fiel es auf, dass Fälle von puerperaler Pyämie, in denen die Brustdrüsen reichlich Milch sezernierten, eine gute Prognose gestatteten, während andererseits Abwesenheit der Milchabsonderung die Prognose infaust stellen liess. Auf diesen Beobachtungen fussend, unternahm er in einem desolaten Fall von puerperaler Pyämie eine Behandlung, welche in systematischem Absaugen der Milch und Massage der Brustdrüsen bestand. Die Schüttelfröste schwanden, der Allgemeinzustand besserte sich, und Pat. genas. So empfiehlt er bei puerperaler Pyämie die Milchabsonderung anzuregen, weil durch die Tätigkeit der Brustdrüsen die puerperale Involution des ganzen Organismus, speziell der Gebärmutter, gehoben wird. Irgendwelche weitgehende Schlüsse zu ziehen, lehnt Verf. ab.) (H. Jentter.)

80. *Rosenstein, P., Ein Beitrag zur chemotherapeutischen Einwirkung auf septische Prozesse. Deutsche med. Woch. H. 41.

81. Rosner, Fall von Splenektomie am 5. Tage post partum. Die Milz lag oberhalb des rechten Ligamentum Poupartii und bedingte Anfälle von Peritonealreizung. Die Blutuntersuchung nach der Operation ergab starke Lymphozytenvermehrung, welche zwei Wochen nach der Operation bis 50% stieg. Da die Milz mit dem Wurmfortsatz verwachsen war, wurde er mitentfernt. Genesung glatt. In der Diskussion erwähnt Professor Glinski, die Milz weise eine beginnende Nekrose auf infolge Stieldrehung durch die Dislokation und teilweise Kompression des Lumens der Arterie. Gleichzeitig demonstriert er einen zweiten ähnlichen Fall: in diesem Falle fand man die Milz auf der linken Hüftschaufel liegen mit ziemlich starker Stieldrehung, aber noch ohne sekundäre Nekrose. Die Milzarterie erwies sich verlängert und geschlängelt. Krakauer Ärztl. Ges. am 31. Januar. Przeglad Lekarski. Nr. 8. p. 145. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)

82. *Rowlette, Robert J., Vaccines in the treatment of puerperal sepsis. The journal of obst. and gyn. Juni. p. 319.

83. — Vaccines in the treatment of the puerperal fever. Royal academy of medicine in Ireland. May. Ref. The journal of obst. and gyn. of the Brit. emp. July. p. 59. (Rowlette rät bei Streptokokkeninfektionen zur kombinierten Anwendung von Vakzine und Immunserum.)

84. *Roxas, Treatment of puerperal infection by drainage of uterus. Bull. of Manila. Med. Soc. Octob. 3. Nr. 10. p. 167. Ref. The Journal of the Amer. Med. Assoc. p. 63.

85. Runge, E., Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, kompliziert durch Genitaltumoren. Berliner klin. Woch. Nr. 37. p. 1774. (Runge fordert für Ovarialzysten und Myome in der Schwangerschaft und im Wochenbett die Operation nur, wenn Erscheinungen von Infektion, Degeneration oder Stieldrehung dazu drängen. Das Karzinom dagegen ist im Falle der Operabilität sofort nach gestellter Diagnose anzugehen.)

86. *Sachs, E., Bakteriologische Untersuchungen beim Fieber während der Geburt. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. H. 1. p. 222.
87. *— Vorschläge für weitere Forschungen über den fieberhaften Abort. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 7. p. 193.
88. *Sajus, Charles E. de M., Hypoadrenie als Todesursache bei Infektionen und ihre Behandlung. Monthly cyclopedia and med. Bull. 1911. Dezember. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1295.
89. *Schaeffer, R., Kritik der Händedesinfektionsmethoden. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 71. H. 1, 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr, 42. p. 1401.
90. *Schauta, Sollen Plazentarreste gelöst werden? Wiener klin. Wochenschr. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 483.
91. *Schumburg, Über die keimtötende Kraft des Alkohols. Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 9. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 632.
92. *Stewart, Douglas H., Aseptische oder antiseptische Hände in der geburtshilflichen Praxis? Amer. journ. of obstet. and dis. of w. and children. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 631.
93. *Stoeckel, W., Über die chirurgische Behandlung der puerperalen Peritonitis. Med. Ges. zu Kiel. Juli. Ref. Münch. med. Woch. p. 2133.
94. *Thorn, W., Zur Therapie retinierter Eiteile. Frauenarzt. Nr. 3. Ref. Zentralbl. Nr. 42. p 1413.
95. *Vanverts et Paucot, Le Traitement des phlébites puerpérales. Soc. obst. de France. Oktober. Paris. Bericht: La Presse Méd. p. 967.
96. *Veit, J., Über die operative Behandlung der septischen und der gonorrhoischen Peritonitis. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Ergänzungsheft. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1663.
97. — Die operative Behandlung puerperaler Pymämie. Praktische Ergebnisse d. Geb. u. Gyn. Bd. 4. H. 2. p. 342.
93. Voron et Gravier, Sur un cas de fièvre typhoide pendant les suites de couches. Bull. de la société d'obst. et de gyn. H. 3. p. 222. Sitzung 11. März.
99. Wallace, Arthur J., Beckenvenenthrombose im Wochenbett. Unterbindung der linken Vena iliaca communis. Journ. of obst. and gyn. of the British emp. Vol. 22. Nr. 6. p. 351.
100. *Warnekros, Zur Frage der Behandlung der fieberhaften Aborte. Arch. f. Gyn. Bd. 98. H. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 144.
101. Watkins, M., Jodtinktur bei der Vorbereitung zur Entbindung. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 15. Nr. 1.
102. Weil, Streptokokkeninfektion und Immunität. Verein deutscher Ärzte in Prag. 1. März. Ref. Deutsche med. Woch. p. 1476.
103. — Die akute freie Peritonitis. Ergebn. d. Chir. u. Orthop. Bd. 2. 1911.
104. Western, G. T., The treatment of puerperal septicaemia by bacterial vaccines. Royal soc. of med. Obst and gyn. section. Febr. Ref. The journ. of obst. and gyn. of the brit. emp. Febr. p. 111.
105. *— The treatment of puerperal septicaemia by bacterial vaccines. The Lancet. Febr. p. 351.
106. *Winter, G., Hebammen und Kindbettfieber. Allgem. deutsche Hebammenztg. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1062.
107. *Young, E. B., and J. T. Williams, Outdoor treatment of puerperal infection. Boston medical and surgical journal. 14. März. Ref. The journ. of the americ. med. assoc. 30. März. p. 975.
108. *Zesas, Denis G., Der gegenwärtige Stand der chirurgischen Behandlung der diffusen eitrigen Peritonitis. Zentralbl. f. d. Grenzgebiete d. Medizin u. Chirurgie. Bd. 15. Nr. 1. Januar 31. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 662.
109. Zilkmund, E., Die prophylaktische und kurative Anwendung des Aronsonschen Antistreptokokkenserums bei Puerperalsepsis. Lékarské Rozhiedy 19. 1. Nr. 11. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 293. (Zilkmund sah keine nennenswerten Erfolge, weder bei prophylaktischer noch therapeutischer Verwendung des Antistreptekokkenserums.)

Einschränkung der inneren Untersuchung.

Winter (106) fordert auf Grund seiner statistischen Untersuchungen in Ostpreussen die Beschränkung der inneren Untersuchung durch die Hebamme auf

besondere Indikationen, Einschränkung der Tamponade, Verwendung der Gummihandschuhe.

Auch Dohrn (17) würde es freudig begrüssen, wenn bei regelmässigem Verlauf der Geburt der Hebamme die innere Untersuchung direkt verboten würde. Nur selten kann die Unterlassung der inneren Untersuchung verhängnisvoll werden, aber die Sterbefälle, die durch die innere Untersuchung verschuldet sind, gehen leider noch in die Tausende.

Ahlfeld (2) spricht sich sehr entschieden gegen ein Verbot sowie eine festgelegte Einschränkung der inneren Untersuchung aus. Wenn man einmal den Hebammen die Leitung von Geburten anvertraut, so darf man ihnen auch die innere Untersuchung nicht verbieten, wo sie dieselbe für nötig halten. Zur Hebung des Standes der Hebammen würden derartige Massnahmen unbedingt nicht beitragen.

Leisewitz (59) hält ebenfalls die Forderung Winters, den Hebammen die innere Untersuchung ganz zu verbieten, oder doch nur auf ganz bestimmte Fälle zu beschränken, für zu weitgehend.

Grünbaum (32) weist am Material seines Wöchnerinnenheimes nach, dass die Untersuchung durch gewissenhafte Hebammen mit dem Gummihandschuh in keiner Weise die Morbidität im Wochenbette erhöht gegenüber einem nicht untersuchten Material. Grünbaum rät, die Technik der Benutzung des Handschuhs unter den Hebammen besser zu verbreiten.

Ahlfeld (1) stellt sich die Frage, inwieweit tragen die Lehrbücher der Geburtshilfe für Hebammen und etwa daneben herlaufende Dienstanweisungen die Schuld an der ungenügenden Ausführung der Händedesinfektion, der Reinigung der gebärenden Frau und der unpassenden Leitung der Nachgeburtsperiode? Zunächst betont Ahlfeld abermals, dass nach seiner Ansicht die Möglichkeit besteht, die Hand völlig keimfrei zu machen. Nach Hinweis auf die völlig ungenügenden Vorschriften über die Desinfektion mit Lysol und anderen Mitteln in den Lehrbüchern verschiedener Staaten wendet er sich den Vorzügen der Alkoholdesinfektion zu. Schon die Beobachtung, dass bei der Prüfung der verschiedensten Desinfektionsmittel immer gerade die alkoholische Lösung die wirksamste war, hatte darauf hingelenkt, dass vielleicht überhaupt mehr der Alkohol als das jeweilige Desinfiziens die keimtötende Kraft ausübe. Eine weitverbreitete Anschauung über die Art der Wirkung des Alkohols bei der Händedesinfektion weist Ahlfeld energisch zurück, nämlich die, dass der Alkohol wesentlich durch seine härtende Kraft wirke, indem er in und unter der gehärteten Epidermis Keime einschliesst, die infolgedessen auch beim allmählichen Erweichen der Oberhaut wieder zum Vorschein und zur Wirksamkeit gelangen können. Von grossem Werte aber ist es zu erachten, dass es ebenfalls für die Desinfektion der äusseren Genitalien der Frau, ja auch für eine notwendig werdende Scheidenspülung nichts Vollkommeneres gibt, als gerade die Alkoholdesinfektion, hier natürlich in niedrigerer Konzentration, 50%ig. Um der unangenehmen Denaturierung durch Pyridin aus dem Wege zu gehen, schlägt er eine zweckmässige Versetzung des Alkohols mit 5% Sapokalinus vor, wie sie von Staats wegen aus geliefert werden müsste. Wesentlich für die Frage der Infektionsverhütung erscheint Ahlfeld die Exploration mittelst eines Fingers, ohne zuvor die sichtbar gemachte Vulva von aussen zu berühren. Der Dammschutz spielt sich stets am saubersten in der Rückenlage ab. Eine stiefmütterliche Behandlung der Nachgeburtsperiode mit den sich anschliessenden Folgen für das Wochenbett schiebt Ahlfeld nur zum Teil den zu aggressiv gehaltenen Vorschriften in den Lehrbüchern zu. Zum grösseren Teil liegt die Sorge hierum den Lehranstalten ob, welche am Kreissbett wieder und immer wieder Augenmerk und Interesse der Schülerin auf die Erkennungsmale der einzelnen Stadien dieses Geburtsaktes lenken sollen.

Desinfizientien.

Cannaday (14) verwendet mit Erfolg Lugolsche Lösung und 1/2—1 %ige Jodlösung zur Desinfektion der Hände und auch der Scheide, nur muss im letzteren Fall eine Seifenwaschung und Abspülen mit Wasser oder Salzsäurelösung voraufgehen.

Frenkel (28) hält nicht die Jodtinktur in der Grossichschen Methode für ein besonders hervorragendes Desinfiziens. Die guten Erfolge scheinen ihm vielmehr lediglich die Harmlosigkeit der Hautepiphyten zu beweisen. Verbessern lassen sich die operativen Resultate nicht mehr durch verschärfte Desinfektionsmassnahmen und eine Verfeinerung der Asepsis, sondern durch eine Revision unserer operativen Methode und operative Technik. Durch Vermeidung von Gewebszertrümmerung, durch Ausschaltung gequetschten Gewebes lassen sich viele Misserfolge verhüten.

Brüning (11) fand die Jodtinktur in Versuchen mit Nährbödenkulturen allen anderen Mitteln bei weitem überlegen, auch gegenüber dem 96 %igen Alkohol, der weniger bakterizide Eigenschaften entwickelt als der 65 %ige. Auch die praktischen Versuche an der menschlichen Haut führten zum selben Resultate und erwiesen gleichfalls, dass eine mit 70 %igem Alkohol bereitete Jodtinktur das gleiche leistet wie die offizinelle. Die Wirkung der Jodtinktur setzt sich zusammen aus der keimtötenden Eigenschaft des Jods, der keimfixierenden des Alkohols und aus der hyperhämisierenden Wirkung.

Händedesinfektion.

Schumburg (91) sieht in dem absoluten Alkohol sowie im denaturierten Spiritus ein hervorragendes Desinfektionsmittel für Hände und Haut, nur dürfe die Haut nicht durch Seifenschaum aufgelockert sein. Die keimvernichtende Kraft des absoluten Alkohols ist gleich oder grösser als die der Sublimatlösung 1:1000.

Kennel (48) sieht den Vorteil der Handschuhe in der Ermöglichung einer Non-Infektion der Hand. Mit der Ahlfeldschen Heisswasser-Alkoholmethode hat das Frauenspital in Basel nämlich 0,009 % Mortalität an Kindbettfieber, d. h. in zehn Jahren einen einzigen tödlichen Fall, der der Anstalt zur Last fällt.

Schäffer (89) verwirft zum Teil die für die Tauglichkeit eines Desinfizienz zur Händedesinfektion im allgemeinen angeführten Kriterien. — Zusätze von Desinfizientien zum reinen Alkohol vermögen dessen Desinfektionswert nicht zu erhöhen, jedenfalls nicht in der für eine Desinfektion der Hand in Frage kommenden Zeit.

Stewart (92) traut der Antisepsis des untersuchenden Fingers mehr zu als der Asepsis, da er nämlich die Scheide für keimfrei hält, die Vulva dagegen als beladen mit Keimen ansieht, so ist er bestrebt durch Bedecken des Fingers mit antiseptischer Paste die notgedrungen mit in die Höhe geführten Vulvakeime unverzüglich unschädlich zu machen.

Äussere Desinfektion der Kreissenden.

Pankows (72) Erfahrungen über die Desinfektion der Kreissenden sind folgende: die Höchstzahl der Wochenbettsmorbidität lieferte die Gruppe der gründlich desinfizierten mit 12 %. Diejenigen Frauen, deren Genitalgegend allein abgeduscht war, sowie die gar nicht gesäuberten wiesen dagegen nur 7 und 6,4 % auf.

Vielleicht schafft die Desinfektion, die stets mit kleinen Läsionen der Haut verbunden ist, für die bis dahin saprophytären Keime parasitäre Bedingungen.

Feig (24) empfiehlt Einpinselung der Labien und der Pubes mit seinem Krinofixin, eine Lösung von Sandarrakharz und Mastix in Äther und Kollodium mit Salizylsäurezusatz gegen die Verschleppung von Bakterien von den Schamhaaren aus intra partum. Die Entfernung geschieht mit Alkohol. Reizerscheinungen der Haut wurden nicht beobachtet.

Vorbehandlung der Scheide.

Fabre und Bourret (A. 31) konnten bei einem Vergleich der Morbiditätsstatistiken der Jahre 1910 und 1911 in ihrer Klinik einen Fortschritt insofern feststellen, als die in den Schlafsälen der Klinik die Niederkunft erwartenden Schwangeren seltener im Wochenbett erkrankten als im Vorjahre, insbesondere seltener an Streptokokkeninfektionen. Die Verff. glauben diesen Erfolg auf vaginale Injektionen einer Terpentinlösung beziehen zu müssen, die sie während des letzten Jahres regelmässig ihren Schwangeren in den letzten Tagen der Schwangerschaft einspritzten.

Esch und Schröder (23) sind bestrebt, durch Scheidenspülungen in der Schwangerschaft, vor und während der Geburt die endogenen Keime und somit die wahrscheinlich recht häufigen Infektionen durch diese (Zangemeister) zu beeinflussen. Ausgehend von der Ansicht Polanos, der die Wirkung der Scheidenspülungen in letzter Linie auf rein mechanische Einflüsse zurückführt, beobachteten die Autoren zunächst die rein quantitative Wirkung physiologischer Kochsalzlösungen auf die Flora der graviden Scheide. Insbesondere wurde diese indifferente Flüssigkeit gewählt, um zunächst einmal die Deutung der Ergebnisse nicht durch eine Fehlerquelle zu erschweren. Ein jedes in die Scheide eingebrachte Desinfiziens nämlich würde eine exakte kulturelle Kontrolle der Beeinflussung der Scheidenflora vereiteln.

Das mittelst Wattebausches aus Vulva und Vagina entnommene Sekret zeigt 4, 8 selbst 12 Stunden nach vorsichtiger Spülung mit einem Liter physiologischer Kochsalzlösung eine deutliche Abnahme der Kokken sowie der Stäbchen fast ohne Ausnahme. Ähnliche Erfolge ergaben die Spülungen mit 1 %iger Sublimatlösung. Auffallend war hier, dass ein Staphylococcus mit ausgesprochener Hämolyse, die er sich bei den Kochsalzspülungen bewahrt hatte, jetzt dieser verlustig ging. Umgekehrt gewann in 4 von 6 mit Wasserstoffsuperoxyd (1 %) gespülten Fällen ein zuvor nicht hämolytischer Staphylococcus beachtenswerterweise das Vermögen der Hämolyse. Den Spülungen mit Desinfizientien war im Interesse der kulturellen Prüfung 5 Minuten später eine solche mit Kochsalzlösung gefolgt.

Nach diesen bisherigen Resultaten dürfte vor der Untersuchung und vor einem Eingriff, das heisst vor der Gelegenheit zu einer Inokulation, eine Scheidenspülung mit physiologischer Kochsalzlösung (eventuell Kresolseifenlösung) vorzunehmen sein.

Polano (75) hat die verschiedensten in der Praxis verwandten Desinfizientien in ihrer Wirkung auf den Keimgehalt der Scheide ausserhalb der Schwangerschaft einer eingehenden Prüfung unterzogen. 12 Frauen wurden ohne besondere Auswahl zunächst auf den Keimgehalt der Scheide in der Weise untersucht, dass nach vorsichtiger Entfaltung der Scheidenwände mittelst Spekulums von den beiden Seiten der Vulva sowie aus dem jederseitigen Scheidengewölbe eine Öse Sekretes entnommen und hiermit eine Agargussplatte hergestellt. Zugleich wurde von derselben Stelle ein Ausstrichpräparat angefertigt und mit Lackmuspapier die Reaktion dieser Stelle geprüft. Die Untersuchung beschränkt sich lediglich auf quantitative Bestimmungen und bezweckt keineswegs eine genaue Differenzierung der Scheidenkeime. Der ersten Entnahme schloss sich die Behandlung der Scheide mit dem zu prüfenden Mittel an; der Erfolg wurde durch eine weitere Entnahme nach 24, beziehungsweise eine dritte nach 48 Stunden kontrolliert. Eine recht häufige grobe Differenz in der Zahl der Keime im Ausstrich und auf der Platte nach den Spülungen erklärt sich Polano als Ausdruck einer gewissen Virulenzabschwächung der Keime durch die Spülungen. Polano gelangt zu folgenden Resultaten: Ausschlaggebend für die Wirksamkeit eines Desinfiziens ist das Keimwachstum auf der Platte, nicht aber der mikroskopische Befund des Ausstriches. Vermehrtes Wachstum auf der Platte geht einher mit Vermehrung der Epithelien durch Abschilferung, dem vermehrten Auftreten von

Leukozyten und der Mengenzunahme der Bakterien im mikroskopischen Bilde. Eine länger dauernde Änderung der chemischen Reaktion der Scheide lässt sich durch keines der angewandten Mittel hervorrufen. Die wirksamsten Mittel als Zusatz zu Scheidenspülungen sind Alaun, Alkohol, Alsol, Argentum nitricum, bolus alba. Weniger wirksam, aber immerhin noch brauchbar, sind das Lysoform, die 0,2 %ige Jodlösung; Holzessig dagegen, Lysol und Milchsäure liefern die schlechtesten Resultate. Es hat daher den Anschein, als ob hauptsächlich die austrocknenden und gerbenden Eigenschaften der betreffenden Zusätze die Wirksamkeit bedingen.

Verhalten bei Fieber intra partum.

Was das Eingreifen bei Fieber intra partum anlangt, so ist das Resultat der Sachsschen (86) Arbeit von Wichtigkeit, dass bei operativer Beendigung der intra partum bereits infizierten Fälle 40 % Todesfälle und 20 % schwerer Erkrankungen im Wochenbett zu verzeichnen sind, während unter der Zahl gleicher Fälle bei spontanem Verlauf kein Todesfall sich findet.

Therapie.

Allgemeines. (Frischluftbehandlung.)

Young und Williams (107) glauben die Mortalität an Puerperalfieber durch die Freiluft-Behandlung von 44,6 auf 24 % eingeschränkt zu haben. Die Autoren suchen die Ursache in einer Vermehrung des Hämoglobingehaltes und schreiben daher dem Sonnenlichte den gleichen Anteil an dem Erfolge zu, wie der frischen Luft selbst.

Plazentarretentionen (Abort).

Sachs (87) umschreibt noch einmal schärfer die Gruppe von fieberhaften Aborten, die Winter (1911) für die konservative Behandlung in Vorschlag gebracht hat. (Die Bezeichnung „septischer Abort" verwirft er, da der Ausdruck „septisch" gemeinhin nur für Allgemeininfektionen gebraucht wird.) Von anderer Seite war in den Winterschen Mitteilungen übersehen worden, dass die individualisierende Therapie keineswegs das bakteriologische Ergebnis allein berücksichtigen sollte, sondern stets nur im Zusammenhange mit der klinischen Untersuchung verwerten dürfe.

Das auch anderwärts vielfach anerkannte Prinzip des strengsten Konservatismus bei dem Vorhandensein irgendwelcher parauterinen Lokalisationen gilt auch für Winter als oberster Grundsatz jeder Behandlung fieberhafter Aborte; völlig unbekümmert hier um den bakteriologischen Befund. Wer unter solchen Umständen selbst beim Vorhandensein der alltäglichen Flora aktiv vorginge, würde mit Gewissheit Unheil anrichten. Ja, gerade die Missachtung dieses wichtigsten Grundsatzes schuldigt Sachs an für die immer noch grosse Anzahl von Todesfällen nach Aborten, bei denen hämolytische Streptokokken fehlen. So finden sich auch stets bei den durch diese Gruppe von Erregern bedingten Todesfällen irgendwelche parauterine Infektionen. Demgegenüber wird ein Fall von reinerSepsis durch hämolytische Streptokokken nach Abort angeführt, ohne jede Lokalisation ausserhalb der Uteruswand. Dass an sich gerade beim Abort gegenüber der Geburt und dem Wochenbett die Infektionen mit dem hämolytischen Streptococcus an Häufigkeit zurückstehen, sollte niemals geleugnet werden. Gerade dieser Umstand erklärt auch, dass numerisch immerhin die Todesfälle nach andersartigen Infektionen überwiegen.

Auch Esch (30) widerrät dringend die Ausräumung des fieberhaften Abortes beim Nachweis hämolytischer Streptokokken.

Bondy (8a) verfolgt das Schicksal der Abortbehandlung durch die letzten Jahrzehnte, die Strittigkeiten über die anzuwendende Technik, Curette oder Finger, und zur Erweiterung Tamponade oder Hegarstifte. Über die Vorläufer der Winterschen Anregung zur konservativen Behandlung infizierter Aborte kommt er auf die Lehre Winters selbst zu sprechen, die fortan im Mittelpunkt der Betrachtung steht. Er resümiert die Entgegnungen, die der von Winter und in ähnlicher Form von Traugott vertretenen Anschauung durch Lamers, Krömer, Fromme, Warnekros und andere zu teil geworden sind. Insbesondere sind die Nachprüfungen durch Schottmüller erwähnt, der zu den entgegengesetzten Resultaten gelangt, wie Winter. Schottmüller stimmt eher für einen Konservativismus gegenüber den nicht fiebernden Aborten mit hämolytischen Streptokokken. Bondys Erfahrungen stammen von einer Reihe von 111 bakteriologisch auf folgende Weise untersuchten Fällen: Vor der Ausräumung wird die Portio eingestellt und mit dem Diphtheriepinsel aus der Cervix das Sekret entnommen, eine Agar- sowie eine Blutagarplatte beschickt, eine anaerobe Kultur angelegt und in jedem Falle Ausstrichpräparate angefertigt. Bondy betont auch hier wiederum, dass als obligat anaerob nur solche Keime von ihm angesehen werden, die sich auch beim Weiterzüchten streng als solche erweisen. Gelegentlich nämlich pflegen auch fakultative Anaerobier bei der ersten Verimpfung besser oder gar ausschliesslich anaerob zu gedeihen. Wichtig für die Würdigung des Materiales ist die angewandte Therapie; sie bestand fast ausnahmslos in dem auch sonst üblichen aktiven Vorgehen mit Hegarstiften, digitaler Ausräumung und Curettage.

Bei der Sonderung des Materiales nach dem Gesichtspunkte der jeweilig anzuschuldigenden Erreger gelangt Bondy zu folgenden Grundsätzen für die Bedeutung der einzelnen Keime beim Abort: Zweifellos stehen auch in seinen Fällen ätiologisch an erster Stelle die Streptokokken, die in 62 % aller fieberhaften Aborte gefunden wurden, und unter ihnen wiederum als die häufigsten Erreger schwerer Infektionen die hämolytischen, die ja nach Winter speziell für das exspektative Verhalten in Frage kommen. Ist somit gewiss der Befund hämolytischer Streptokokken in grosser Zahl oder in Reinkultur keineswegs als harmlos zu bezeichnen, so zeigt doch der ungestörte Verlauf einer grossen Reihe eigener Fälle, sowie die Fälle die Schottmüllers, Hamms, Lamers und Frommes, dass trotz dieses Befundes der Verlauf ein durchaus günstiger sein kann, selbst bei der aktiven Therapie. Und umgekehrt hat nicht nur Bondy selbst, sondern ebenso z. B. Traugott in seinem Material Infektionen mit anhämolytischen Streptokokken und Diplostreptokokken von tödlichem Verlauf zu verzeichnen. Ebenso sind der Streptococccus viridans mucosus und anaerobius als Erreger tödlicher Infektionen nach Abort bekannt. So scheint Bondy einer völlig gesonderten Behandlung der fieberhaften Aborte mit hämolytischen Streptokokken der genügende Boden zu fehlen. Bei der Differenzierung der Staphylokokken dürfe nicht übersehen werden, dass zu ihnen die Verflüssigung der Gelatine gehöre. Gewiss nicht mit Unrecht weist Bondy auf den eigentlich etwas befremdenden Umstand hin, dass über den Konservativismus bei Gonokokkenbefund fast Einmütigkeit zu herrschen scheint; während der Gonococcus im allgemeinen doch nur zu einer Entzündung der Adnexe zu führen pflegt. Die Pseudodiphteriebazillen hält Bondy für meist harmlose Scheidenbewohner, die nur wegen ihres rapiden Wachstums so häufig in grossen Mengen nachzuweisen sind, während sie sich im Ausstrich kaum auffinden lassen.

Dann geht Bondy abermals auf die Frage ein, ob an der Hand seiner Untersuchungen eine Unterscheidung möglich sei zwischen saprischem und septischem Fieber. Schon der Prozentsatz von 81 % infektiösen Keimen, wenn man allein ausser den Streptokokken die Staphylokokken, Pneumobazillen, Gonokokken und Koli als solche rechnet, würde den putriden Aborten eine nur geringe Rolle übrig lassen. Doch auch diese Stellung der putriden Fieber erfährt durch die neueren Untersuchungen, insonderheit Schottmüllers, eine starke Erschütterung, indem es gelungen ist, den invasiven Charakter wenigstens eines Teiles der An-

aerobier nachzuweisen, die zuvor fast als pathognomonisch für die putriden Fieber galten.

Bezüglich nun der Behandlung des Abortes kommt Bondy zu dem Schluss, dass eine Besserung der Resultate durch eine Änderung in der Therapie nicht zu erwarten sei; auch nicht durch die bakteriologische Kontrolle. Vorteil würde er sich von einer solchen nur versprechen können, falls es mit ihrer Hilfe gelänge, die „Fremdheit“ eines Keimes nachzuweisen.

Thorn (17) steht auf dem Standpunkte, dass jeder Abort, sei es, dass Fieber besteht oder nicht, hämolytische Streptokokken gefunden werden oder nicht, in jedem Falle die sofortige Ausräumung verlangt. Eine Ausnahme bilden die Fälle, in denen eine vorgeschrittene Sepsis jeden Eingriff als unratsam erscheinen lässt, beziehungsweise noch von einer Exstirpation des Uterus mit Inhalt Erfolg verspricht. Die Ausräumung hat digital zu geschehen. In vereinzelten Fällen septischen Abortes allerdings würde Verf. das Abwarten einer Besserung unter antiseptischen Massnahmen bis zu 3 Tagen noch für erlaubt erachten.

Koblank (52) wendet sich gegen den Vorschlag Winters mit der Begründung, dass einmal hämolytische Streptokokken auch ohne die mechanischen Insulte einer Ausräumung sich im Blute dieser Fälle finden, sodann gerade beim Abort tödliche Infektion mit Keimen anderer Art nichts Seltenes ist. Besonderes Gewicht legt er auf die Technik der Ausräumung. Die Curette verwirft er absolut, da sie einmal kleine Wunden schafft, die für das Eindringen der Keime wie geschaffen sind, sodann verschuldet die Anwendung der Curette im infizierten Uterus mit oftmals schon fauliger, brüchiger Wandung einen grossen Teil der Uterusperforationen von ärztlicher Seite. Vermag doch die so erkrankte Wand des abortierenden Uterus unter der Wehentätigkeit allein zu bersten.

Häberle (34) kommt an der Hand des Materials der Würzburger Klinik aus den letzten 20 Jahren zu dem Resultat, dass der Erfolg der aktiven Therapie der infektiösen Aborte ein zufriedenstellender ist. Von 98 Fällen kamen 5 ad exitum, 2 von diesen können wohl mit Sicherheit der aktiven Therapie nicht zur Last fallen. Bezüglich der Technik der Ausräumung empfiehlt er die Laminaria-Dilatation sowie die Abortzange.

Franqué (26) hält ebenfalls am aktiven Vorgehen bei Retention von Eiteilen fest und erachtet jede Verzögerung des Eingriffes für eine Erhöhung der Gefahr. Selbst bei Retention der Eihäute sieht er hohes Fieber als eine Veranlassung zur Ausräumung an, ja, er rät sofort nach der Ausstossung der Frucht sich dem retenierten Eirest zuzuwenden. Die hiermit erreichten Resultate sind bisher von keinem anderen Verfahren übertroffen worden.

Schauta (90) hält an dem Grundsatz fest, Plazentarreste beim Fehlen von Fieber unter allen Umständen zu entfernen. Ist Fieber aufgetreten, so werden nur entzündliche Prozesse in den Parametrien, den Beckenvenen oder den Adnexen ihn daran verhindern; bei vitaler Indikation auch diese nicht. Technisch ist grösste Vorsicht und strenge Asepsis zu beachten. Die Entfernung hat rein digital zu geschehen, eine Alkoholspülung nachzufolgen. Die Indikation abhängig zu machen von bakteriologischen Untersuchungen sind wir nach dem heutigen Stande der bakteriologischen Forschungen nicht berechtigt. Von demselben Keim nämlich werden bald leichte, bald schwere Infektionen beobachtet. Es bezieht sich das auch auf den hämolytischen Streptococcus.

Björkenheim (7) kommt auf Grund seiner Untersuchungen an 30 fieberhaften Aborten zu folgendem Resultate: Die anaeroben Bakterien kommen beim Fieberabort öfter vor als die aeroben und sind öfter die Ursache des Fiebers. Doch ist die Infektion gewöhnlich leichterer Art. Die bakteriologische Untersuchung kann die Prognose des Abortes nicht bestimmen. Klinisch war der Verlauf der aktiv behandelten und der spontanen Aborte, was das Resultat anbetrifft, nahezu gleich gut. Zweifellos gibt es Fälle, in denen die Evakuation gefährlich,

ja die unmittelbare Todesursache sein kann. Diese Fälle aber mit Hilfe der bakteriologischen Untersuchung zu erkennen, ist bisher nicht möglich. Auch der Nachweis von Bakterien im Blute hat keinen sicheren prognostischen Wert.

Uterus.

Roxas (84) wendet systematisch bei puerperaler Infektion die Drainage mittelst eines Gummischlauches an und ist mit den Resultaten zufrieden. Roxas hat beobachtet, dass Befinden und Temperatur in direktem Abhängigkeitsverhältnis stehen zu der Menge des Lochialflusses, dass beim Herausfallen des Drains die Temperatur steigt. Serum-, Vakzine- und tonische Behandlung wurden zur Unterstützung herangezogen.

Adnexe, Parametrien.

Hirst (39) sieht in allen palpablen Resistenzen im Abdomen, bei langdauernden septischen Prozessen eine Indikation zur Operation. Lokale und diffuse eitrige Peritonitis, Salpingitis, Parametritis, Metritis und infizierte Tumoren. Bei zweifelhafter Diagnose wird die Probelaparotomie empfohlen, niemals wird vaginal operiert. Im allgemeinen wird die Hysterektomie vorgenommen, wobei es auf schnelles und typisches Operieren ankommt. Besonderen Wert misst Hirst seiner Methode der Drainage bei, welche mittelst eines langen Glasdrains bewirkt wird. das auf den Boden des Douglas herabreicht.

Koblank (53) hält bei allen Formen puerperaler Sepsis, in denen von einem lokalisierten Herde aus die Infektion fortschreitet, eine chirurgische Behandlung für notwendig. Von 44 allgemeinen septischen Peritonitiden heilten nach Operation 9. Von 22 nicht Operierten eine, von 11 Uterusexstirpationen heilten 3, von 7 Unterbindungen bei Pyämie kamen 4 durch, von 10 Resektionen der Vene, verbunden mit Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe nur 3. Koblank kommt zu dem Urteil, dass jede septische Peritonitis so früh als möglich zu operieren ist, und dass metastatische Erkrankungen grössere Eingriffe an Genitalorganen nicht verbieten.

Peritonitis.

Franz (27) teilt zur richtigen Bewertung therapeutischer Massnahmen die puerperalen Peritonitiden in zwei Gruppen. Einmal diejenigen Peritoniden, die nur eine Lokalisation einer allgemeinen septischen Erkrankung bilden und infolgedessen auch klinisch schon als eine Begleiterscheinung zurücktreten hinter den Symptomen der allgemeinen septischen Vergiftung. Diese Form der Bauchfellentzündung ist jeder Behandlung unzugänglich; der operative Eingriff schien in den 3 hier angeführten Fällen das Ende nur beschleunigt zu haben.

Die andere Form, die isolierte puerperale Peritonitis ist durch einen schleichenden Beginn charakterisiert. Haupterfordernis für den therapeutischen Erfolg sind hier die frühzeitige Diagnose und Operation. Bei der frühzeitigen Diagnose kann die Punktion mit der Pravaz-Spritze und bakteriologische Untersuchung des Punktates einige Hilfe bieten. Die Behandlung besteht in einem Medianschnitt zwischen Nabel und Symphyse und, falls hierdurch auf Grund von Verklebungen nicht nach allen Seiten hin genügender Zugang geschaffen wird, ausserdem zwei seitliche Inzisionen. Dem Ablassen des Exsudates folgt eine Spülung nur in den Fällen, in denen es sich um die Entleerung von Eitermengen aus dem Douglas handelt. Drainiert wird nur von dem Medianschnitt aus in der Richtung auf den Douglasschen Raum. Inzision des Scheidengewölbes ist überflüssig. Die Inzisionswunden werden durch Tampons offen gehalten.

Veit (96) hält es ungefähr für zwecklos, bei der reinen puerperalen Peritonitis operativ vorzugehen, ohne indessen die Indikation zum Eingriff zu verwerfen, da die Patientinnen ohnehin dem Tode verfallen sind. Auf der anderen Seite aber beobachtet Veit zwei verschiedene Arten von gonorrhoischer Perito-

nitis. Die eine derselben ist dadurch charakterisiert, dass der Infektion des Peritoneums die Vergiftungserscheinungen voraufgehen. Bei dem Erguss bakterienreicheren Eiters über das Bauchfell dagegen wird dieser Unterschied sich mehr verwischen. Auch bei diesen gonorrhoischen Peritonitiden können Streptokokken die Oberhand gewinnen. Ernstere Fälle sind zu operieren, so lange noch das Blut keimfrei ist.

Stoeckel (93) neigt der Ansicht zu, dass gerade die Peritonitis unter den puerperalen Infektionen am bedeutendsten in der Frequenz abgenommen hat, und schreibt diesen Erfolg nicht nur der erhöhten Asepsis zu, sondern insbesondere der sich immer mehr geltend machenden Beschränkung in intrauterinen Eingriffen, darunter das Verbot innerer Eingriffe für die Hebamme. Denn auch in der von Stoeckel beobachteten Reihe von 15 puerperalen Peritonitiden steht ätiologisch der intrauterine Eingriff bei weitem im Vordergrunde; 13 derselben allein schlossen sich an Aborte an mit überwiegend kriminellem Ursprung. Die Begünstigung der Fortentwickelung einer Peritonitis im puerperalen Gewebe stellt er in Parallele zu dem üppigen Gedeihen eines Krebses auf solchem Boden. Als operative Methode der Wahl kommt bei noch nicht abgekapselter Peritonitis für ihn nur in Frage die Eröffnung des Abdomens mit gleichzeitiger Ausschaltung der Infektionsquelle, das heisst der Exstirpation des Uterus. Der abdominale Weg wird hier ausschliesslich den Vorzug verdienen. Zu irgend einem Zeitpunkte im Beginn der Peritonitis muss theoretisch die Möglichkeit bestehen, mit der Ausschaltung des Infektionsherdes zugleich die ganz geringe, eben beginnende Infektion des Peritoneums zu begrenzen und zur Heilung zu bringen. Und hier eben setzen die grossen Schwierigkeiten ein, nämlich in der frühzeitigen exakten Diagnosestellung.

Boquel (9) lässt sich bei dem Entschluss zur Eröffnung der Leibeshöhle von folgenden Beobachtungen leiten: Ohne chirurgischen Eingriff verläuft die puerperale Peritonitis letal; auch ein sehr später Eingriff hat in scheinbar desparaten Fällen lebensrettend gewirkt; in den letal endigenden Fällen wird eine Verschlechterung durch die Operation nicht beobachtet und selbst die Fälle werden günstig beeinflusst, in denen die Peritonitis nur geringgradig oder überhaupt zweifelhaft ist. Die Technik ist folgende:

Längsschnitt in der Mittellinie, nur bei deutlich seitlich lokalisierten Herden in der Flanke. Keine Spülung, Einführung eines ungefensterten Drains in den Douglas hinab, eventuell eines zweiten auf eine verdächtige Stelle im kleinen Becken hin. Fester Abschluss des Abdomens um die Drains. Bei seröser Exsudation werden die Drains am zweiten, spätestens am vierten Tage entfernt, bei eitriger Ausscheidung bleiben die Drains bis zur Heilung liegen, falls sie nicht ausgestossen werden; vom fünften Tage ab werden durch sie Instillationen von Elektrargol vorgenommen. Die Drains können auf längerhin Sekret ableiten nur in den Fällen, in denen bei schlechter Gewebsreaktion Verklebungen nicht zustande kommen wollen. Die Verklebungen aber, die von zweifellos günstiger Bedeutung sind, können durch die Drains nur gefördert werden. In keinem Falle hat Boquel sich zur Exstirpation des Uterus veranlasst gesehen.

Zesas (108) betont den Wert der frühzeitigen Diagnose und frühzeitigen Operation der Peritonitis und verlangt Beckentieflagerung vor, während und nach der Operation. Der Eingriff selbst hat schnell zu geschehen und beschränkt sich auf Beseitigung der Infektionsquelle, Inzision und Drainage. Die Kochsalzinfusion eventuell mit Adrenalinzusatz spielt in der Nachbehandlung eine wichtige Rolle. Vom Hormon konnte er eine sichere Heilwirkung bisher nicht beobachten.

Bauer (5) empfiehlt bei Frühfällen Austupfen, bei Spätfällen Spülungen. Das wesentlichste seiner Behandlungsmethode ist der Fortfall jeder Tamponade und Drainage. Der Leib wird nach der Operation vollkommen geschlossen.

Kuhn (54) ergänzt die zur Behandlung des Peritoneums gebräuchliche Kochsalzlösung durch Zuckerzusatz. Zucker verzögert die Fibrinogengerinnung, sie fördert

die Sekretion, sie verhindert die Bildung alkalischer und toxischer Produkte, schont die Endothelien. Nach gründlichem Austupfen der Bauchhöhle und Ausspülen mit 4 %iger Traubenzuckerlösung wird eine stärkere 10—20 %ige eingegossen.

Pyämie.

Veit (96) redet in seiner Zusammenstellung von 20 mit Venenunterbindung behandelten Fällen seiner Klinik mit gewissen Einschränkungen der operativen Behandlung der puerperalen Pyämie das Wort. Mit einem kurzen Überblick über die derzeitige Stellungnahme verschiedener Autoren zu dem Thema ergänzt er die Darlegungen Frommes in dessen Wochenbettspathologie, schliesst sich im übrigen diesen an. Schon die Zahl von 19 Heilungen in 51 von Fromme zusammengestellten operierten Fällen im Vergleiche mit 10, günstigen Falles 20 % Spontanheilungen bei der konservativen Behandlung weist der Therapie unzweideutig den operativen Weg. Das Zahlenverhältnis der an der Veitschen Klinik operierten 20 Fälle mit 6 günstigen, 14 letalen Ausgängen stellt sich also als ein relativ günstiges dar. Das Wesentliche aber sind die auf Grund einer kritischen Sichtung der eigenen Fälle aufgestellten Leitsätze für das operative Vorgehen, ganz insbesondere die Indikationsstellung.

Bei der Besprechung der Indikation zur Operation legt Veit besonderen Wert auf die Wahl des richtigen Zeitpunktes der Operation und stellt sich in einen gewissen Widerspruch mit den Ansichten Bumms über diesen Punkt. Aus verschiedenen Gründen nämlich fürchtet Veit ein operatives Eingreifen im späteren Stadium der Erkrankung. Einmal nämlich droht die schon erwähnte Virulenzsteigerung. Sodann finden sich die Thromben oft erschreckend früh bis in die Cava fortgeschritten, so dass an eine erfolgreiche Unterbindung überhaupt nicht zu denken ist. Fernerhin wachsen durch periphlebitische Prozesse die technischen Schwierigkeiten mit der Zeit in dem Masse, dass sie schliesslich selbst unüberwindlich werden können. Eine eigene Erfahrung ferner lehrte, dass mit der Zeit das infizierte venöse Gefäss selbst in den umgebenden Schwarten völlig zugrunde gehen kann und unkenntlich wird, so dass eine wertvolle nicht thrombosierte Vene an ihrer Stelle natürlicherweise der Unterbindung anheimfallen kann.

Was die Technik der Operation anlangt, so wählt Veit stets den transperitonealen Weg, ohne eine Infektion des Peritoneums zu fürchten. Die eher zur Infektion neigende Bauchwunde schützt er mittelst des Köberleschen Bauchschutzes. Für äusserst gefährlich aber, nicht allein für das Bauchfell, sondern auch im allgemeinen, erachtet er die schmierigeitrigen Entzündungen in der Umgebung der thrombosierten Vene und sucht der Gefahr durch ausgiebige Tamponade dieses retroperitonealen Raumes zu begegnen. Vor allem rät Veit sich vor einer zu geringen Ausdehnung der Operation wohl zu hüten. Er zieht es daher vor, bei frühzeitiger Operation systematisch beide Hypogastricae sowie beide Spermaticae zu unterbinden und eher einmal bei Operationen im späteren Stadium wegen der jetzt geringeren Gefahr der Propagation sich auf die Unterbindung der bei der Operation als thrombosiert erkannten Vene zu beschränken. Für besonders wichtig hält es Veit, sich durch genaue Orientierung der Verhältnisse schon zu Beginn der Operation darüber Klarheit zu verschaffen, einmal ob die Thrombosen nicht in ein oder dem anderen Gefäss bereits so weit vorgerückt sind, dass sie auf operativem Wege sich nicht mehr einschränken lassen; sodann, dass der Durchführung der Operation nicht etwa durch die perithrombotischen Schwarten unüberwindliche Hindernisse erwachsen. In beiden Fällen rät er unbedingt von einem Versuche der Operation ab und gibt dem weiteren exspektativen Verfahren mehr Chancen. Die Laparotomie selbst ist absolut ungefährlich. Von vornherein nimmt Veit Abstand von der Operation bei deutlichen Zeichen einer schweren Allgemeininfektion sowie dem gleichzeitigen Bestehen einer Peritonitis.

Bei der Überlegung, wie man den technisch nicht mehr operablen Fällen

auf andere Weise etwa helfen könne, erschien es Veit das wesentlichste, das Losreissen thrombotischen Materiales und dessen Verschleppung durch Einschränkung weiterer Thrombenbildung zu verhindern. Der Erfolg, den die Anwendung von Hirudin (subkutan) in einem seiner Fälle zu zeitigen schien, veranlassen ihn zu weiteren Versuchen mit dem Mittel anzuregen.

In der Diskussion über das gleiche Thema gibt Thorn die Anregung, in prognostisch ungünstigen Fällen von Retentionen, den Uterus mit Inhalt zu exstirpieren, um die so gefährliche Ausräumung zu umgehen. Die von Veit erwähnten technischen Schwierigkeiten durch periphlebitisches Narbengewebe scheinen ihm anatomisch nicht erklärlich, wahrscheinlich handle es sich doch um infiltrative Exsudationen um die Vene.

Henkel stellt sich auf die Seite Bumms und rät von der Operation in den Frühstadien ab. Während er bei doppelseitiger Thrombose jeden operativen Eingriff für zwecklos erachtet, rät Fromme Trendelenburgs jüngsten Versuch der Cava-Unterbindung in einschlägigen Fällen zu wiederholen. Herr Beneke räumt die Möglichkeit der Ausbildung von Kollateralbahnen bei allmählichem Verschluss der Vena cava ein, stellt aber die Ungefährlichkeit einer plötzlichen Unterbindung in Frage.

Miller (69) zieht aus einer Zusammenstellung von 81 mit der Venenunterbindung behandelter Fälle Schlüsse für Diagnose und Therapie der puerperalen Thrombophlebitis. Die Diagnose ist nicht in allen Fällen vor dem Ablauf der geeignetsten Zeit für den operativen Eingriff mit voller Sicherheit zu stellen. Betreffs der Möglichkeit einer zuverlässigen Diagnosestellung in den unkomplizierten Fällen von septischer Thrombophlebitis stehen sich die Ansichten der amerikanischen und deutschen Autoren merkwürdig schroff gegenüber. Einige der Amerikaner behaupten, niemals einen derartigen unkomplizierten Fall diagnostiziert zu haben; währenddessen Bumm, Lenhartz, Trendelenburg, Seitz, Opitz, Bardeleben und Veit die Diagnose in der Mehrzahl der Fälle für möglich halten. Nicht selten findet die durch die Fröste und charakteristische Temperaturkurve angedeutete Diagnose im palpatorischen Befunde eine Stütze. Lenhartz gelang es nicht weniger als 31 mal bei einer Reihe von 39 Fällen. Man fühlt in diesen Fällen im oberen äusseren Bereich des Ligamentum latum unregelmässig wurmartige Massen. Bei dünnen Bauchdecken lässt sich häufig eine gleiche Resistenz im Verlaufe der Ovarica feststellen. Nach Lenhartz und Trendelenburg findet sich in der Hälfte der Todesfälle an Puerperalfieber eine septische Thrombophlebitis. Im allgemeinen ist der Prozess ein reiner, beschränkt auf die Venen; nur in 5 von 31 Fällen fand Seegert begleitende lymphangitische Prozesse.

Miller vergleicht die therapeutischen Grundsätze der verschiedenen Autoren bei der puerperalen Thrombophlebitis. Fast allgemein wird zu frühzeitiger Ausführung der Venenunterbindung geraten sofort nach gesicherter Diagnose. Leopold erachtet den Eingriff später als am dritten Tage nach Ausbruch der Erkrankung für nutzlos. Nur Bumm will alle akuten Fälle von der Behandlung ausgeschlossen wissen. Williams will selbst dann operieren, wenn eine an sich aussichtslose Infektion alle Symptome der Pyämie vermissen lässt, vorausgesetzt, es handele sich nicht um Peritonitis oder einen parametranen Abszess. Leichtere metastatische Veränderungen an den Lungen bilden keine Kontraindikation gegen die Operation. Als Technik ist in jedem Falle die von Bumm empfohlene transperitoneale die einfachste, übersichtlichste und sicherste. Die Exzision des Gefässes kommt in den Fällen mit ulzeröser Endophlebitis sowie mit perivenöser Infiltration in Betracht. Die Zahl der zu unterbindenden Venen hängt nach Veit von der Dauer der Erkrankung vor dem Operationstermin ab; Je früher die Operation, um so mehr Venen müssen unterbunden werden. Die Sterblichkeit der chronischen, exspektativ behandelten Fälle von Pyämie ist nach Trendelenburg auf 85 % zu veranschlagen. Die Sterblichkeit der operierten Fälle beträgt nach Abzug allerdings der Fehldiagnosen, falschen Unterbindungen etc. nur 21 %;

hiervon fallen 8,5 % auf die Fälle mit alleiniger Unterbindung der Ovarialvene einer- oder beiderseits, 31 % auf diejenigen, die eine Unterbindung einer oder beider Hypogastricae erforderten.

Warnekros (100) verfolgte drei Fälle von puerperaler Pyämie durch exakte bakteriologische Untersuchung. In den ersten beiden Fällen hörten die Schüttelfröste nach Unterbindung der Iliaca communis sofort auf, das zuvor dauernd mit Streptokokken überschwemmte Blut zeigte sich fortan keimfrei. Beide Fälle erlagen Komplikationen. In einem dritten Fall konnte der Effekt der Operation nicht geprüft werden, da die Operierte bald nach der Unterbindung der Cava an Embolie von einem marantischen Thrombus des rechten Herzohres aus zugrunde ging. Warnekros kommt zu dem Schluss, dass die günstigste Zeit zur Operation das Intervallstadium ist. Die Unterbindung der Iliaca communis bietet den Vorteil, dass man die grösseren Chancen hat, proximal von der thrombosierten Stelle zu operieren, und technische Schwierigkeiten durch perivaskuläre Infiltrationen nicht entstehen.

Hoehne (40) berichtet über einen mit Erfolg am 24. Wochenbettstage operierten Fall von Staphylokokkenpyämie. 16 Tage zuvor war der Operation die Vorbehandlung des Peritoneums mit Kampferöl vorausgegangen. Besonderen Wert legt Hoehne auf die unkomplizierte Heilung trotz der Eröffnung eines Staphylokokkenabszesses unter der exzidierten linken Spermatika, insbesondere, da Veit der Verbreitung einer eitrigen Infektion über die Kontinuität des Gefässes hinaus bei der Pyämie eine absolut infauste Prognose stellt. In den für die Operation geeigneten Fällen stimmte Hoehne für frühzeitigen Entschluss zum Eingriff.

Vanverts und Paucot (95) ziehen aus einer Zusammenstellung von 82 wegen puerperaler Thrombophlebitis operierten Fällen Schlüsse für das therapeutische Vorgehen. Die 33 in Heilung ausgegangenen Fälle waren fast auschliesslich spät, meist erst nach dem 20. Tage operiert worden. Fast immer fand sich eine Periphlebitis, mehr oder weniger ausgesprochen. Der Prozess fand sich ebenso häufig beiderseitig wie einseitig. In den Fällen mit tödlichem Ausgange handelte es sich mehrfach um eine septische Form der thrombotischen Pyämie (Septikopyämie). Es ist unmöglich, eine Indikationsstellung zum chirurgischen Eingriff exakt zu formulieren; nur soviel lässt sich mit Gewissheit sagen: Sichere Zeichen für eine ausgedehnte Periphlebitis bilden eine strikte Gegenindikation, desgleichen eine frühzeitige, ausgebreitete Metastasenbildung; dagegen ist der chirurgische Eingriff angebracht bei chronischen Formen, die nach Remission rezidivieren. Zur Technik erwähnen die Autoren, dass gelegentlich eine Zweiteilung der Vena hypogastrica beobachtet wird; es sammelt dann die eigentliche Hypogastrica das Blut aus der Glutäalgegend und vom Rektum her, das von Uterus und Blase kommende Gefäss mündet isoliert in die Iliaca externa, gewissermassen eine Iliaca mediana bildend. In Zweifelsfällen würde sich die Unterbindung der Iliaca communis empfehlen. Nach Ausführung der Unterbindung bedarf es in den Fällen von eitriger Thrombophlebitis oder von begleitendem parametranem Abszess der Drainage des Eiterherdes, am besten nach Schluss des Abdomens von der Scheide oder der Iliakalgegend her auf extraperitonealem Wege. Bei nicht eitriger Thrombose genügt die Resektion des thrombosierten Gefässteiles von der Unterbindungsstelle aus zwischen 2 Ligaturen.

Benthin (6) gibt die Geschichte zweier — nicht reiner — Pyämien mit Streptococcus viridans einerseits, dem hämolytischem Streptococcus andererseits im Blute, auch ausserhalb der Fröste. Beide Fälle hätten nach Warnekros wie nach Veit in den Bereich der Operabilität gehört, doch wären beide trotz operativen Eingriffes ungünstig zu prognostizieren gewesen, da auch ausserhalb der Fröste Keime im Blut sich fanden (Warnekros) und insbesondere es im zweiten Falle um den aeroben hämolytischen Streptrococcus sich handelte (Veit). Bei konservativer Therapie sind beide genesen. Nichtsdestotrotz hält Benthin den Ausbau einer

Indikationsstellung auf bakteriologischer Grundlage durch kritische Würdigung des Einzelfalles für erstrebenswert.

Henrotay (38) ist Gegner der operativen Behandlung der puerperalen Thrombophlebitis wegen der ungenauen Indikationsstellung. Er wendet die präventive Behandlung mit Antistreptokokkenserum an und zwar mit guten Erfolgen.

Medikamentöse Therapie (örtlich).

Daniel und Coste (15) berichten über einen Fall, der am 10. Tage nach Frühgeburt im VII. Monat mit fötiden Lochien, Schüttelfrost und 39,0 aufgenommen war; in der Bauchdecke 2 Abszesse. Auf einmaliges Einleiten von Joddämpfen in das Uteruskavum nach Louge sank innerhalb einiger Tage die Temperatur zur Norm.

Brindeau (10) hat die antibakterielle Wirkung des Milchsäurebazillus mit gutem Erfolge therapeutisch verwertet bei den puerperalen Geschwüren der Scheide, bei Abszessen der Brustdrüse, postoperativen Fisteln und einmal bei puerperaler Peritonitis. Brindeau zieht Bouillon- und Milchserumkulturen der komprimierten Form der Kulturen als wirksamer vor.

Kuhn (54) verspricht sich Erfolge von der Zuckerzufuhr in die Vagina bei puerperalen Infektionen. Aus dem Traubenzucker wird unter dem Einfluss der Scheidenkeime Milchsäure gebildet ohne Entstehung schädlicher Nebenprodukte. Die entstandene Gärungsmilchsäure wirkt ebenso, wie schon die Zuckerlösung an sich auf Streptokokken und andere Keime abschwächend und vernichtend. Diabetische Wöchnerinnen werden daher seltener als andere von Puerperalfieber befallen. In pathologischen Fällen findet sich in der Tat der Milchsäuregehalt der Vagina herabgesetzt. Es käme das Einbringen grösserer Zuckermengen prophylaktisch nach Geburten in Frage und auch therapeutisch bei beginnendem Puerperalfieber. Kuhn hält es für möglich, dass sich auf diese Weise ein Weg böte zur Differenzierung der Streptokokken, dass vielleicht der Grad des Festhaltens eines Keimes an seinem karnivoren Stoffwechsel und an seinem Angriff auf das Eiweiss des Blutkörperchens trotz der Gelegenheit, zu herbivorem Stoffwechsel überzugehen, einen Gradmesser für die Unterscheidung der Keime abgibt.

Medikamentöse Therapie (allgemeine).

Kollargol.

Kausch (46) rühmt dem Kollargol ausgezeichnete Erfolge gegenüber dem septischen Fieber mit allen seinen Nebenerscheinungen nach. Ja, die Wirkung ist nach Kausch so sicher, dass man bei Unwirksamkeit des Präparates auf das Bestehen von virulenten Eiterherden schliessen muss. Das Kollargol wirkt nicht nur bei rein septischen Prozessen, sondern auch bei pyämischen, bei denen trotz Freilegung des oder der Eiterherde die Temperatur erhöht bleibt. Die gewöhnliche Dosis beträgt 10 bis 25 ccm der 2 prozentigen Lösung. Ja man kann mit der intravenösen Injektion selbst bis zu 100 ccm hinaufgehen, wenn man die Injektion langsam macht (bis zu 15 Minuten zirka). Stets soll zur Injektion die Vene freigelegt werden.

Silberatoxyl.

Rosenstein (80) hat an 20 Fällen septischer Erkrankung günstige Erfahrungen mit dem Silberatoxyl gemacht. Es handelte sich um Phlegmonen, Puerperalfieber, Peritonitis, Scharlach und andere Erkrankungen, in denen jedesmal die Symptome einer allgemeinen Infektion deutlich waren. Der Erfolg pflegte sich in verschiedener Weise darzustellen: 1. Sofortige Kupierung des Prozesses, 2. allmähliche Wiederherstellung, 3. der septische Prozess geht unter starker lokaler Reizung resp. unter Bildung eines aseptischen Abszesses an der Injektionsstelle

in Heilung über. 4. Der septische Prozess heilt aus, nachdem sich an dritter Stelle der Infektionsherd lokalisiert hat. Die Wirkung des Präparates erklärt sich Rosenstein durch 2 verschiedene Eigenschaften des Silberatoxyls: einmal die bakterizide, sodann die antikörpererhöhende. Erstere allein, die ja vom Silber sowie vom Arsen hinlänglich bekannt ist, ist an sich noch nicht imstande, derartig prompte Besserungen auch des Allgemeinbefindens zu erklären; neben der keimtötenden Kraft muss unbedingt ein die Bindung der giftigen Toxine veranlassendes Agens wirksam sein. Dieses kann aber nur darin bestehen, dass das Mittel die natürlichen Schutzkräfte des Körpers mobilisiert. Bestätigung findet eine derartige Annahme in den Experimenten Böhnkes (Berliner klinische Wochenschrift) über die Anfachung der Antitoxine, Bakterizide und Bakteriotropine durch verschiedene Arsenverbindungen; fernerhin in dem regelmässigen Befunde einer alsbald nach der Injektion des Präparates einsetzenden Leukozytose und der Neigung zur Bildung steriler Abszesse. Ja aus dem Grade der Leukozytose, mit dem der Organismus auf den eingebrachten Reiz antwortet, lassen sich bis zu gewissem Grade prognostische Schlüsse ziehen.

Auch Blumenthal (8) erzielte mit dem Silberatoxyl in mehreren Fällen schwerer puerperaler Sepsis und zwei Fällen gonorrhoischer Gelenkaffektion gute Erfolge. Er erklärt sich dieselben einmal durch die Ungiftigkeit der Silberpräparate, die eine höhere Dosierung ermöglicht, sodann durch die bekannte bakterizide Wirkung des Silbers gegenüber den Gonokokken, in geringem Masse auch den Streptokokken, auch der Arsenverbindung gegenüber den letzteren.

Eisenberg (21) schreibt der bakteriziden Kraft des Silberatoxyls eine lebensrettende Wirkung in einem Falle von nicht ganz eindeutiger puerperaler Septikopyämie nach Abort zu. Eisenberg weiss mit Bestimmtheit, dass die Patientin ohne die Therapie zugrunde gehen musste.

Kirchhoff (49) urteilt auf Grund der Erfahrungen an zwei puerperalen Septitiden (Streptokokken) über das atoxylsaure Silber in der Therapie des Puerperalfiebers ungünstig. Auch bei künstlich infizierten Mäusen und Kaninchen (Streptokokken) konnte eine Beeinflussung des Krankheitsverlaufes durch Einspritzung des Medikamentes nicht beobachtet werden. Wegen einer gewissen Giftwirkung und der häufig beobachteten Abszessbildung an der Injektionsstelle kann nach Kirchhoffs Ansicht das Mittel nur geeignet sein, die Rekonvaleszenz zu gefährden.

Heimann (37) wandte das Silberatoxyl experimentell in verschiedenen Modifikationen bei weissen Mäusen an, die mit einer mehrfach tödlichen Dosis von Streptokokken-Bouillon intraperitoneal infiziert waren. Das Mittel wurde mit Olivenöl 1 : 200 verdünnt in der Menge von 0,5 ccm subkutan, auch intramuskulär injiziert. Doch sowohl vor der Injektion appliziert, mit dem Infektionsmaterial zugleich beigebracht, als auch nach der Infektion angewandt war der Erfolg im Vergleich mit den nicht behandelten infizierten Tieren ein absolut negativer. Dasselbe Resultat ergaben: Atoxyl und Kollargol (0,5 von 1 : 100). Kollargol wurde mit einer von Morgenroth und Rosenthal angegebenen Kontrolle intravenös injiziert.

Salvarsan.

Köhler (A. 68) wandte Salvarsaninjektionen bei Koli-Sepsis ohne Erfolg an.

Organotherapie: Pituitrin.

Klotz (51) schreibt den Tod bei Peritonitis der toxischen Blutdrucksenkung zu. Erst sekundär kommt eine Schädigung des Herzmuskels selbst in Frage. Dieser Blutdrucksenkung muss daher gesteuert werden. Hierzu scheint sich nach den neueren Forschungen das Pituitrin zu eignen. Gilt es, eine bereits bestehende Blutdrucksenkung zu korrigieren, so ist der Erfolg ein langsamerer. Angenehme Nebenwirkungen des Pituitrins sind Erhöhung der Darmperistaltik, Erregung der

Blasenwandmuskulatur. Die Injektionen sind intravenös vorzunehmen (1—2 ccm des Extraktes). Die Einspritzung soll schon im Beginn der Blutdrucksenkung, nicht erst im ausgesprochenen Kollaps erfolgen.

Sajus (88) hält die Erschöpfung des Adrenalsystems, die terminale Hypoadrenie, für die letzte Todesursache bei Infektionen. Die Erschöpfung rührt von der übermässigen Inanspruchnahme während des Fieberstadiums her, ihre Erscheinungen sind Blutdrucksenkung, schneller Puls, schwacher Herzschlag, Blässe der peripheren Gewebe, Anorexie infolge der mangelnden Umsetzungen. Die Behandlung besteht in Zufuhr von Adrenalin oder dem ähnlich wirkenden Pituitrin.

Vakzinotherapie.

Menzer (65) schreibt der Vakzinebehandlung die Auslösung einer entzündlichen Reaktion zu in chronisch entzündlichen, durch Bakterien erzeugten Krankheitsprozessen, wie sie ähnlich vom Tuberkulin bekannt ist; diese anfängliche Zunahme der örtlichen Entzündungserscheinungen täuscht zunächst leicht ein Fortschreiten der Infektion vor. Die Vakzinebehandlung ist in besonders wirksamer Weise geeignet, chronisch-entzündliche, bakterielle Herde auf dem Wege der akuten Hyperämisierung zu heilen. Zur Bereitung von polyvalenten Vakzinestoffen sind nur frisch vom Menschen gezüchtete Bakterienoriginalstämme zu verwenden.

Rowlette (83) schickt der Mitteilung seiner eigenen Erfahrungen einen Überblick voraus über die derzeitige Stellungnahme anderer Autoren gegenüber der Opsonintherapie. Die besonders anfänglich verbreitete Anschauung von der Nutzlosigkeit der Opsonintherapie bei allgemein ausgebreiteter Infektion erklärt ihm die verzögerte Aufnahme dieser Therapie in den Bereich der Puerperalfieberbehandlung. Streng lokalisierte Prozesse werden hier nur in der Minderzahl der Fälle angetroffen. Auch Schwarz (Amer. journ. of obst. Nov. 1910) hält noch an der Ansicht fest, dass bei lokalisierten Streptokokkeninfektionen die Vakzinetherapie überflüssig, bei unvollkommen begrenzter Infektion nicht ungefährlich, bei akuter Infektion aber vollends kontraindiziert ist. Die eigenen Erfahrungen erstrecken sich auf 39 bakteriologisch untersuchte Fälle. 31 mal handelte es sich um Streptokokken, 8 mal um Staphylokokkeninfektion. Keine Infektion anderer Art hat eine Vakzinetherapie erfordert. In 5 Fällen wurde autogene Vakzine verwandt. Für die übrigen Fälle wurde diese als autogene hergestellte Vakzine im Sinne von Stock-Vakzine verwandt. Bereitet wurde die Vakzine aus 24 stündigen Kulturen, die durch 1 % Lysol in physiologischer Kochsalzlösung abgetötet wurden. Die Wahl der anzuwendenden Vakzine nach Massgabe des Ausstrichpräparates ist in den meisten Fällen untunlich, da wahre Diplokokken, Streptokokken sowie Staphylokokken fast ausschliesslich in der gleichen Diplokokkenform im Ausstrich erscheinen und sich erst durch die Kultur unterscheiden. Verläuft die Injektion der Stock-Vakzine reaktionslos, so wird eine autogene Vakzine hergestellt. Die Injektionen folgen einander in 24-stündigem Intervall. Die normale Dosis beträgt bei Streptokokken 5, bei Staphylokokken 25 Millionen Kokken. Ein deutlicher Temperaturanstieg oder Übelbefinden im Anschluss an die Injektion sind die Zeichen einer Überdosierung. Von den 31 Streptokokkeninfektionen endeten 3 letal. Der erste war moribund mit eitriger Peritonitis nach Gangrän des Wurmfortsatzes zur Behandlung gekommen. Im zweiten Falle handelte es sich um eine vorgeschrittene Phthise; die puerperale Infektion erwies sich im übrigen als eine Mischinfektion mit Staphylokokken. Ebenfalls um eine solche handelte es sich im dritten Falle; nach anfänglicher Besserung auf autogene Vakzine hin sank das Befinden mit der Erschöpfung dieses Materiales, und noch vor Neubeschaffung desselben trat der Exitus ein. Von den 8 Fällen von Staphylokokkeninfektion verlief eine Pyämie mit Thrombose der Ovarica letal. Die guten Erfolge Polaks speziell bei den Thrombophlebitiden kann Rowlette nicht bestätigen. Die kom-

binierte Anwendung von Streptokokkenvakzine und Antistreptokokkenserum hat sich empfohlen. Nachteile durch die Vakzinetherapie wurden bei richtiger Dosierung niemals beobachtet.

Western (105) hat in 100 Fällen puerperaler Septikämie die Erfolge der Vakzine-Behandlung geprüft. Die grossen Differenzen in den Resultaten der verschiedenen Autoren gibt er vor allem Schuld der schwierigen Beurteilung und nicht einheitlichen Einteilung der Puerperalfieberfälle. Die Mehrzahl seiner Fälle hatte in der Anamnese Störungen und Eingriffe in der dritten Geburtsperiode. 96 Fälle wurden auf Bakteriengehalt des Blutes untersucht; 39 von ihnen mit positivem Befunde; in 36 fanden sich Streptokokken, in 2 von diesen Fällen anaerobe. In 2 Fällen (post abortum, einmal kriminell) Staphylococcus aureus. Aus den Lochien, die in 43 Fällen dem Uterus direkt entnommen waren, wuchsen 31 mal Streptokokken rein, 2 mal mit Stäbchen gemischt, wahrscheinlich Verunreinigung. Nur in 7 Fällen blieb das Blut steril, mit Wahrscheinlichkeit wegen technischer Fehler.

Western rät im allgemeinen die aus dem Uterus gewonnene Kultur zur Darstellung autogener Vakzine zu benutzen, deren ätiologischer Wert zwar nicht immer einwandsfrei feststeht, die jedoch bei weitem am schnellsten die Bereitung einer Vakzine gestattet. Von den 56 vakzinebehandelten Fällen starben 18 (= 32 %); von den 44 nicht behandelten dagegen 24 (= 55 %). Diese Vergleichswerte bedürfen der Erläuterung, dass in der letztgenannten Gruppe sich schwere Fälle befanden, die noch vor Beginn einer Behandlung starben, doch auch eine Reihe milder Fälle hierher zählen, die der Behandlung nicht zu bedürfen schienen. Sprechender scheint ein Vergleich der Fälle mit sicherer bakterieller Infektion des Blutes aus beiden Gruppen. Hierunter sind verstanden einmal die Fälle mit positiver Blutkultur, sodann auch „pyämische" Abszesse, aus denen Streptokokken in Reinkultur gezüchtet wurden. Hier starben von 27 behandelten 14 (= 52 %), von den 16 nicht behandelten 14 (= 87,5 %).

Medalia und Walton (68) konnten aus der Bestimmung des Opsonischen Indexes bei einer grösseren Anzahl von Schwangeren und Wöchnerinnen keinen gültigen Rückschluss auf die Virulenz eines Streptokokkenstammes machen. Auch spricht die Erniedrigung des Indexes Streptokokken gegenüber durchaus nicht für eine Infektion durch solche; wohl aber gibt der Index ein gutes Bild von der Widerstandskraft des Organismus für den Fall einer eintretenden Infektion.

Bei Vorhandensein von Streptokokken in den Genitalien nämlich war der Verlauf in denjenigen Fällen häufiger fieberhaft, in denen der Opsonische Index erniedrigt war. Folgerichtig wurden diese Fälle mit Streptokokken-Vakzinen behandelt, wobei unter Erhöhung des Index Heilung eintrat.

Serotherapie: Antistreptokokkenserum.

Heinemanns (37) experimentelle Untersuchungen über die therapeutische Wirkung des Aronsonschen Streptokokkenserums führen insofern zu einem positiven Resultat, als die therapeutische Bedeutung des Serums gegenüber Infektionen mit dem gleichen Stamm (Aronson), mit dem das serumgebende Tier behandelt wurde, von prompter Wirkung ist, ob es nun vor, zugleich mit oder selbst wenige Stunden nach der artifiziellen intraperitonealen Infektion gegeben war (weisse Maus; mehrfach tödliche Dosis von Streptokokkenbouillon). Gänzlich erfolglos jedoch blieb die Anwendung beim gleichen Modus der Infektion mittelst beliebiger aus der menschlichen Leiche gezüchteter Streptokokkenstämme (Sepsis nach Osteomyelitis, Meningitis, Puerperalfieber). Die verschiedensten Arten der Anwendung des Serums vermochten hier nicht die geringste Wirkung zu entfalten. Eine der Verwendung des Stammes zur Infektion voraufgehende Passage durch die weisse Maus vermochte hieran nichts zu ändern. Nach der Beobachtung Fritz Meyers,

dass Streptokokkenstämme, die durch Aronsonserum nicht agglutiniert werden, nach Tierpassage (Maus), wohl durch eine Änderung der chemischen Konstitution, agglutinierbar werden, hätte an sich die Möglichkeit bestanden, dass die Keime nun auch durch das Serum angreifbar würden. Dieser Veränderung des Keimes durch die Tierpassage misst gerade Heinemann eine derartige Wichtigkeit bei, dass er zur Herstellung eines Antistreptokokkenserums mit nicht tierpassierten menschenpathogenen Stämmen rät. Im übrigen müssen solche Streptokokkenstämme zur Herstellung des Serums zur Verwendung kommen, wie sie als Erreger der zu behandelnden Erkrankung in Betracht kommen.

Murray (68) macht den bemerkenswerten Vorschlag, mit Antistreptokokkenserum zugleich auch frisches Pferdeserum zu injizieren. Da es sich nämlich bei dem Antistreptokokkenserum um ein bakteriolytisches Serum handelt, so bedarf es des Komplementes. Nun ist aber einmal der kranke Organismus häufig ausser stande, genügend Komplement zu liefern. Ferner scheint das menschliche Komplement für das Pferdeantiserum weniger geeignet als das arteigene.

Dopple (18) weist auf verschiedene Bedingungen hin, die erfüllt sein müssen, falls man von dem Antistreptokokkenserum sich einen therapeutischen Effekt versprechen will. Einmal muss die Diagnose einer Streptokokkeninfektion sicher gestellt sein, das Serum auf seine Wirksamkeit geprüft sein, die Anwendung bald nach Auftreten des Fiebers beginnen, in schweren Fällen intravenöse Anwendung voller Dosen alle 3—4 Stunden bis zur Wirkung.

Bryan (12) berichtet über die Behandlung einer Pyämie mit Immunserum; es hatte sich diese angeschlossen an das unblutige Redressement einer angeborenen Hüftluxation nach Lorenz. Es wurde angenommen, dass es trotz der geringen Kraft, die der Eingriff in Anspruch nahm, zu Gewebszertrümmerung und Hämatombildung kam, die irgend im Blut kreisenden Keimen zur Ansiedlung dienten. Unter ausgedehnter erst lokaler, später auch peripherer Abszessbildung siechte das $2^{1}/_{2}$jährige Kind hin. Polyvalentes wie späterhin spezifisches Serum blieben wirkungslos. (Das über einen Monat währende Fieber trägt jedoch nicht den Charakter des pyämischen, wie der Titel vermuten lässt. Ref.) Gelegentlich der Drainage eines Abszesses unter dem Trapezius gegen Ende der 4. Krankheitswoche zog sich Bryan eine Wunde am Finger zu. Bryan injizierte sich von dem für das Kind bereiteten spezifischen Serum bereits 8 Stunden nach der Infektion; ein sich bildendes Panaritium wurde nach 18 Stunden bereits inzidiert; der anfangs fieberhafte Verlauf wendete sich bald zum guten. Das Serum von 40 ccm seines eigenen, jetzt aktiv immunisierten Blutes wurde dem jetzt in extremis befindlichen Kinde als letzter Versuch injiziert mit dem Erfolge, dass innerhalb 3 Tagen die immer noch hohe Temperatur zur Norm sank unter offenkundiger Besserung des Allgemeinbefindens. In den bis dahin schlaffen Abszessen beginnt jetzt deutlich Granulation einzusetzen, nach Ausstossung einiger Knochensequester tritt Heilung ein.

Tetanus-Serum.

Oldfield (A. 87) berichtet über einen Fall von Tetanusheilung durch intrameningeale Injektion von Tetanusserum in den Lumbalkanal. Tetanusserum subkutan und medikamentöse Behandlung hatten versagt, die Patientin war dem Tode nahe. Mittelst Spinalpunktion wurden einige Kubikzentimeter Spinalflüssigkeit abgelassen und 10 ccm Antitetanusserum in den Meningealkanal injiziert. Nach 24 Stunden konnte die Patientin bereits wieder den Mund öffnen und innerhalb von 48 Stunden waren vollends alle Spasmen verschwunden.

B. Andere Erkrankungen im Wochenbett.

1. Bamberger, Totalgangrän der Mamma als Teilerscheinung puerperaler Sepsis. Münch. med. Wochenschr. 2680.
2. *Byers, John, Rashes occuring during the puerperium. British med. Journ. 26. Okt. p. 1118.
3. *Chavannez und Loubat, Die grossen Leberabszesse während der Schwangerschaft und nach der Entbindung. Revue de gynécologie 1911. Bd. 17. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 82.
4. *Cochez, M., Periostite fémorale consécutive à un accouchement. Bulletin de la soc. d'obst. et de gyn. p. 97.
5. *Costes, Beitrag zur Frage der vorübergehenden Lumbo-Neuritiden im Wochenbett. Inaug.-Diss. Toulouse. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 40.
6. *Déjerine, Postpuerperale Neuritis. Journal des Pratic. 1911. 25. Ref. Brit. med. Journ. p. 47.
7. Ehrendorfer, Puerperaler Uterus mit Myom; Durchbruch eines Uteruswandabszesses in die Bauchhöhle. Wissenschaftliche Ärzteges. in Innsbruck. 10. Mai. Ref. Wiener klin. Wochenschr. p. 1275. (Ehrendorfer berichtet folgenden Fall: Manuelle Plazentarlösung mit fieberhaftem Wochenbett, Schüttelfrösten. Am 18. Tage brach ein Uteruswandabszess in die freie Bauchhöhle durch. Einige Stunden darauf Laparotomie, Totalexstirpation eines myomatösen Uterus, Kochsalzspülung, Drainage, Heilung.)
8. *Eicher, S., Zur Prophylaxe und Therapie der akuten puerperalen Mastitis. Hegars Beitr. zur Geb. u. Gyn. Bd. 17. H. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 719.
9. Engelhard, J. L. B., Über Generationspsychosen und den Einfluss der Gestationsperiode auf schon bestehende psychische und neurologische Krankheiten. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. H. 3. p. 727.
10. *Fabre et Éparvier, Infection puerpérale et fièvre typhoide. Bulletin de la société d'obst. et de gyn. Nr. 3. Sitzg. 11. März.
11. *Fabre et Bourret, Un cas de granulie péritonéale dans le post partum chez une malade présentant une tuberculose annexielle ancienne. Bulletin de la société d'obst. et de gyn. H. 3. p. 225.
12. Folliet, L., Diabetes und Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett. Gaz. des hôpitaux Nr. 105. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 82.
13. *Halban, V., Myomnekrose im Puerperium. Geburtshilfl. gynäkol. Gesellsch. in Wien. 13. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1710.
14. *Van der Hoeven, P. C. T., Ileus während der Schwangerschaft und im Puerperium. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46. p. 1534.
15. *Hull, W., Thrombosis of the cavernous sinus following labour. Australien med. gazette. Vol. 31. Nr. 2. p. 566. Ref. Journal of obst. and gyn. of the Brit. emp. Sept. p. 189.
16. *Hüssy, P., 6 Puerperalfieberfälle mit interessantem bakteriologischem Befunde. Zentralbl. f. Gyn. p. 358.
17. Kupferberg, Spätblutungen im Wochenbett. Ärztlicher Kreisverein Mainz. 13. März. Ref. Münch. med. Wochenschr. p. 1131. (Kupferberg bespricht 2 Fälle von schwerer Spätblutung im Wochenbett, die am 8. und 12. Tage auftraten. Kupferberg erklärt sie durch Lösung von Thromben. Die Therapie bestand in fester Scheidentamponade und T-Verband.)
18. *Lecène, P., und Metzger, Die akute Schilddrüsenentzündung im Verlauf der puerperalen Infektion. Annales de gynécol. et d'obst. 1910. Februar. Ref. Zentralblatt f. Gyn. 1911. p. 1196.
19. Lindemann, W., und F. Noak, Der Übergang mütterlicher Scheidenkeime auf das Neugeborene und indirekt auf die Mutter. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. p. 991.
20. *Maire et Glergier, Rupture spontanée pendant les suites de couches d'un kyste de l'ovaire prise pour une péritonite tuberculeuse. Société d'obst. et de gyn. de Paris. Dezember. Bericht: La Presse méd. p. 1069.
21. Myers, Bernard, Chicken-Pox during the puerperium. The Brit. med. journ. März. p. 484.
22. Palm, Septikopyämie bei Gravidität mens. IX mit sekundärer Infektion der puerperalen Wunden. Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Juni. Ref. Zentralblatt f. Gyn. 1913. p. 346.

Sepsis extragenitalen Ursprunges.

Nürnberger (A. II. 71) hält etwa 46% der Fieber im Wochenbett für nicht puerperalen Ursprunges; so auch einen in der geburtshilflichen Poliklinik beobachteten Fall von septischer Thrombose im Saphenagebiete mit letalem Ausgange. Da Femoral- und Beckenvenen frei waren, wird eine Infektion der oberflächlich gelegenen varikösen Vene durch die Haut angenommen.

Hüssy (16) beobachtete die hämatogene Infektion der Plazentarstelle von einer abklingenden Pneumonie aus (anhämolytische Streptokokken). Eine erneute Fiebersteigerung wird auf den sekundär infizierten Uterus bezogen.

Ein anderer Fall erklärt sich durch die Sektion als eine am 5. Tage ausgebrochene Sepsis von einem älteren Tonsillarabszess aus mit sekundärer Infektion der Plazentarstelle (hämolytische Streptokokken).

Palm (22) beschreibt einen Fall von Sepsis mit septischer Endokarditis, wahrscheinlich von einem infektiösen Prozess der Nase ausgehend im neunten Schwangerschaftsmonat. Der spontane Partus erfolgte am 16. Krankheitstage, Exitus vier Wochen post partum. Bakteriologisch fanden sich in den Stücken aus den verschiedenen Organen Pneumokokken; septische Endometritis, Thromben in den Venen. Die scheinbar auf dem Blutweg zustande gekommene Infektion der Plazentarstelle ist von forensischer Wichtigkeit.

Myome.

Halban (13) beobachtete eine primäre Nekrose mehrerer Myomknoten bei Abort im vierten Monat auf toxischer Basis. Nach Verwachsung eines grösseren Myomknotens mit dem Darm ist es zur Infektion, Gangräneszierung desselben und Peritonitis gekommen.

Zysten.

Maire und Glergier (20) schildern das klinische Bild einer post partum geplatzten Ovarialzyste. Eine teigige Resistenz links in dem empfindlichen Abdomen liess an die knotenförmigen Tumoren bei tuberkulöser Peritonitis denken. Die Laparotomie ergab einen Erguss von 10 Litern gelatinöser Flüssigkeit im Abdomen und die geplatzte Zyste. Heilung.

Ileus.

Van der Hoeven (14) gibt für den in Schwangerschaft und Wochenbett nicht selten beobachteten Ileus eine neue Erklärung. 94 Fälle konnte er aus der Literatur zusammenstellen; hierbei musste auffallen, dass im Gegensatz zu Statistiken ausserhalb der Gravidität — 20% ätiologisch ungeklärt blieben. Das lenkte den Verdacht auf die Gravidität, den Uterus selbst. So glaubt Hoeven bei einer Laparotomie im 3. Monat eine sichere Einklemmung des Rektums im Beckeneingang durch den Uterus festgestellt zu haben; dasselbe fand er am 2. Tage nach Sectio caesarea bei der Relaparotomie. Die Erklärung ist folgende: Der gravide, in das grosse Becken aufsteigende Uterus wird in einzelnen Fällen durch eine schroffe Scheide am Aufsteigen gehindert: der puerperale Uterus kann bei der Involution der Scheide hinabgezogen und eingekeilt werden.

Erkrankungen entfernt vom Genitaltraktus gelegener Organe.

Cochez (4) beobachtete nach normalem Partus einer Erstgebärenden ohne jedwede Hilfe Sachkundiger einen ungeheueren Abszess, der sich nach anfänglich völligem Wohlbefinden vom 5. Tage des Wochenbettes ab in der Tiefe des linken Oberschenkels auf dem Periost entwickelte, spontan nach median aufbrach und durch breite Gegendrainage lateral allmählich zur Heilung gebracht wurde. Dem palpatorischen Befunde nach war das Periost nirgends vom Knochen abgehoben. Als Eintrittspforte wird die puerperale Wunde angesprochen, wenngleich

eine Lokalisation eines Infektionsprozesses am Genitale nicht nachweisbar war. Cabanès (Diskussion) fügt eine ähnliche Beobachtung an.

Chavannes und Loubat (3) beobachteten bei einer drittgebärenden Eklamptischen am 9. Tage des Wochenbettes die Ausbildung eines Leberabszesses, der sich nur durch Schmerzen im rechten Hypochondrium bemerkbar machte. Ferner wurde eine Glykosurie festgestellt, die vorher nicht bestanden hatte und auch nach der Operation anhielt. Die Frau wurde gerettet, während die vier übrigen in der Literatur beschriebenen Fälle zugrunde gingen.

Lecène und Metzger (18) unterscheiden 2 Arten von entzündlicher Erkrankung der Thyreoidea; erstens Vereiterung der vergrösserten Schilddrüse: Strumitis; zweitens Vereiterung der normalen Schilddrüse: Thyreoiditis. Es folgt die Beschreibung eines Falles von eitriger Thyreoiditis, die 2 Tage nach einer unsauber ausgeführten Tamponade begann. Die zweifellos grössere Disposition der Schilddrüse zur Mitbeteiligung an allgemeininfektiösen Prozessen beim weiblichen Geschlecht erklärt sich durch das Abhängigkeitsverhältnis der Drüse zu den Sexualvorgängen.

Hull (15) beobachtete wenige Stunden nach der Geburt eine Thrombose des Sinus cavernosus, die er aus folgenden Symptomen diagnostizierte: heftiger Stirn- und Schläfenkopfschmerz, zunehmendes Ödem der rechten Gesichtshälfte und Lähmungen im Gebiete des 3., 4. und 6. Hirnnerven. Nach einem Jahre besteht noch Ungleichheit des Sehvermögens auf beiden Seiten, Pupillenstarre, Parese der vom Abduzens versorgten Muskeln, sowie vollkommene Lähmung des linken Rektus, Verdickung des Gewebes um die Orbita. Während der bald folgenden nächsten Geburt ereignete sich die gleiche Komplikation, nur verlor die Patientin jetzt das Bewusstsein, erwachte mit einer Amaurose, die jedoch alsbald rückgängig wurde.

Mastitis.

Eicher (8) beobachtete an der Baseler Frauenklinik 1,6 % Mastitiden unter folgender Behandlung: Alle Brüste werden während des Puerperiums ständig mit einem in 4 %ige Borlösung getauchten Läppchen bedeckt, hierüber ein Stück Guttaperchapapier, darauf ein steriles Tuch. Beginnende Mastitis wird antiphlogistisch behandelt, Absetzen, Hochbinden, Eisblase. Schrunden werden mit 5 %igem Karbol-Glyzerin behandelt. So konnten 88 % der Mastitiden kupiert werden. Kam es zur Vereiterung, so wurde von kleiner Inzision aus die Wunde in der Tiefe erweitert. Vom Bierschen Verfahren wurden keine Vorteile gesehen.

Lindemann und Noack (19) wiesen in einer Reihe von Fällen einen Parallelismus der Flora im Munde des Neugeborenen und der mütterlichen Scheide kulturell nach.

In 3 Fällen von Fieber der Mutter z. B. handelte es sich bei Mutter und Kind um denselben Streptococcus, während im allgemeinen ein nicht hämolytischer Staphylococcus im Munde der noch nicht angelegten Kinder sich fand. Da nun bei 2 puerperalen Mastitiden die Erreger (Staph. aureus haemol.) auch in der mütterlichen Scheide fast in Reinkultur sich fanden, so glauben die Verfasser in dem Schluss nicht fehlzugehen, dass die puerperale Mastitis durch Übertragung der mütterlichen Scheidenkeime mittelst des kindlichen Mundes entstehen kann. Der Übergang von Scheidenkeimen der Mutter auf Nabel, Mund, Brustdrüsen usw. des Kindes scheint jedenfalls erwiesen.

Bamberger (1) findet nur 3 sichere Beobachtungen von Gangrän der Mamma in der Literatur und zwar handelt es sich hier stets um die Gangrän von Teilen der Mamma, meist der Mammilla, so dass der von ihm behandelte Fall von Totalgangrän der Mamma bei puerperaler Sepsis bisher einzig dasteht. Wenige Tage nach spontanem zweiten Partus hatte Fieber und eine zirkumskripte Infiltration der linken Mamma begonnen, die am 15. Tage inzidiert wurde, am 18. zur Amputation der in toto gangränösen Mamma führte. Doch auch diese blieb

ohne Erfolg wegen schon fortgeschrittener Sepsis. Zweifelhaft bleibt der Weg, den die Infektion genommen hat. Das Kind war niemals angelegt worden. Eine Endokarditis war nicht nachzuweisen. Der akute Beginn scheint für eine primäre Thrombose der Mammaria externa zu sprechen oder gar für eine Embolie von den Uteringefässen aus. Möglich ist auch der Ausbreitungsweg der Infektion über die anastomotische Verbindung von Uterina- und Mammariagebiet durch die Epigastrica inferior und superior. Wie etwa $^2/_3$ aller Fälle von puerperaler Gangrän, so verlief auch der vorliegende letal.

Exantheme.

Byers (2) beschreibt den typischen Verlauf verschiedener Exantheme an der Hand selbsterlebter Fälle. 2 Jodoformexantheme waren in einem Falle durch Bepudern der genähten Dammwunde mit Jodoform, in anderen durch eine intra partum an dem herabgeholten Fuss befestigte Jodoformbinde verursacht, bestanden in einem Erythem, das sich über die untere Rumpfhälfte ausbreitete und einem Ödem der Arme. Im ersten Falle ging das Exanthem mit einer mässiggradigen Erhöhung von Temperatur und Puls einher; in beiden verschwand es nach Fortlassen der Droge innerhalb 24 Stunden. Lysol-Exantheme traten nach Säuberung der puerperalen Vulva mittelst der üblichen Lösung auf in Form eines roten, juckenden Ausschlages, der sich von der Vulva vorn zum Abdomen, hinten über das Sakrum hin ausbreitete. Nur einmal überdauerte der Ausschlag die Anwendung des Mittels um längere Zeit. Ein Urtikaria-Exanthem wurde unabhängig von äusserem oder innerem Arzneigebrauch beobachtet. Es besteht in Quaddeln, die sich am 3. oder 4. Tage auf Brust, Abdomen und Extremitäten entwickeln, sich auch durch Kratzen hervorrufen lassen. Nervös erregbare Individuen sind von der Erkrankung bevorzugt. Zuweilen geht der Ausschlag mit geringer Steigerung von Temperatur und Puls einher. Eine der Patientinnen erkrankte in jedem ihrer 3 Wochenbetten an diesem Ausschlag, den sie ausserhalb des Wochenbettes niemals bekam.

Miliaria- oder Hitzblätterchen-Ausschlag, tautropfenähnlich über Stirn, Brust und Abdomen verteilt treten vereinzelt nach der Entbindung auf, Bläschen auf nur selten gerötetem Grunde, die wahrscheinlich einer Verlegung der Schweissdrüsenausführungsgänge ihre Entstehung verdanken. Von einem dichten roten Ausschlag jedoch begleitet als Zeichen einer gröberen Störung der Konstitution treten diese Bläschen bei schweren Infektionen auf und deuten auf eine nicht günstige Prognose hin. Das Erysipel im Wochenbett ist bei extragenitalem Auftreten (Brust, Kopf) von bedeutend günstigerer Prognose als bei genitalem Ursprunge (Dammriss). Byers beschreibt zwei verschiedene Typen von scharlachähnlichem Exanthem im Wochenbett. Einmal eine leichtere Form; es handelt sich um Fälle mit leichter Infektion, die mit einem scharlachähnlichen Exanthem meist auf dem Abdomen einhergehen. Die schwere Form geht mit grösserer Störung des Allgemeinbefindens einher; das Exanthem ist in diesen Fällen absolut nicht zu unterscheiden von dem wahren Scharlachexanthem; allein aus dem völligen Fehlen aller übrigen Charakteristika einer Scharlachinfektion ist die Differentialdiagnose möglich. Byers geht dann näher auf die Beziehungen des Scharlachs selbst zum Wochenbett ein und kommt zu folgenden festen Schlüssen: Scharlach im Wochenbett gehört nach den Statistiken der geburtshilflichen Krankenabteilungen wie derjenigen für Infektionskrankheiten selbst zu Zeiten von Epidemien zu den Seltenheiten; die Wöchnerin besitzt also absolut keine erhöhte Empfänglichkeit für diese Infektion. Überdies verläuft der Scharlach, tritt er einmal im Wochenbett auf, im allgemeinen milde. In den Fällen, die früher gemeinhin als puerperaler Scharlach bezeichnet wurden, handelte es sich um eine Puerperalinfektion mit scharlachähnlichem Ausschlag. Alle übrigen zur Scharlachdiagnose notwendigen Stigmata pflegen diesen Fällen zu fehlen, wie Gelegenheit zur Infektion in der Umgebung, weitere Verbreitung der Infektion durch die

Kranke, die typischen Veränderungen im Rachen, Submaxillardrüsenschwellung, Erdbeerzunge, sowie die Nephritis. Zu berücksichtigen ist, dass Scharlachkranke verschiedene Infektionsmöglichkeiten für die Wöchnerin bieten: einmal zu wahrem Scharlach durch das Scharlachvirus, sodann zu Puerperalinfektionen von den Infektionsherden im Rachen etc. des Scharlachkranken aus.

Myers (21) teilt eine Beobachtung von Windpocken im Wochenbett mit. Bei einer 30jährigen Ipara entwickelt sich nach normaler Geburt und anfangs ungestörtem Wochenbett am 10. Tage post partum auf der rechten Gesässhälfte eine mit seröser Flüssigkeit gefüllte Pustel. Wenige Stunden später eine gleiche auf der rechten Brust nahe der Warze. Wegen der Ansteckungsmöglichkeit in der ebenfalls erkrankten Verwandtschaft waren der verschärften Beobachtung auch die ersten Anfänge des Exanthems nicht entgangen. 24 Stunden später hatte sich das Exanthem in charakteristischer Aussaat auf Brust und Stirn entwickelt. Vereinzelte Bläschen waren an Gesicht, Rumpf, Beinen, Nacken, Ohren, Augenlidern und Gaumen aufgetreten. Am 4. Tage des Exanthems fühlte sich die Patientin etwas krank, die Temperatur war nur wenig über 38 gestiegen. Besonders auffallend war eine deutliche Bevorzugung der Brüste und grossen Labien, die in der ausgiebigeren Blutversorgung dieser Teile wohl ihre Erklärung finden muss. Drei Tage nach Beginn des Exanthems bei der Mutter trat auf der Brust des Kindes ein feines papulöses Exanthem auf, das ohne wesentliche Störungen des Befindens verlief und wohl als eine modifizierte Äusserung der gleichen Infektion zu deuten ist.

Fabre und Eparvier (10) sprechen folgenden Fall als Typhoid-Fieber im Wochenbett an: Am Tage nach zweifellos spontan erfolgtem Abort wird in der Klinik die Plazenta ausgeräumt; vom selben Abend an ein fast kontinuierliches Fieber zwischen 39 und 40°. Lochienkultur vom 5. Wochenbettstage steril, auch sonst kein Zeichen einer vom Genitalapparat ausgehenden Infektion. Eine allgemeine Bronchitis, Milztumor und eine auffällige Prostration lenkten den Verdacht auf Typhus. Der positive Ausfall der Agglutination bei der Verdünnung 1:50 macht die Diagnose Typhoidfieber zum mindesten sehr wahrscheinlich, wenn auch die Sektion keine sichere Bestätigung bringen konnte (Exitus 5½ Wochen nach dem Abort).

Commandeur (Diskussion) weist auf die Schwierigkeit der Diagnose hin, begründet durch den atypischen klinischen Verlauf, wie durch die Atypie der Fieberkurve.

Voron und Gravier (A. II. 98) beobachteten einen dem vorerwähnten ähnlichen Fall. 23jährige Ipara, mittelst Forzeps bei Gesichtslage entbunden, fiebert vom Augenblick der Geburt an mit einer Continua um 39 und 40° über 4 Wochen hin. Das Verhalten der Temperatur, vorübergehende Diarrhöe, der Aspekt der Patientin hatten trotz der meist hohen Pulsfrequenz die Diagnose auf Typhoid-Fieber gelenkt, die jedoch auf den Ausfall der Agglutination hin (1:15 positiv, 1:30 negativ) zunächst wieder fallen gelassen wurde. Auch an Tuberkulose war vorübergehend gedacht worden, auf Grund verschärften Atmens über der rechten Spitze und vereinzelter Geräusche. Ein plötzlicher Wiederanstieg der Temperatur erst, die sich nach 6 fieberfreien Tagen wieder zu einer Continua zwischen 38,5 und 40° erhob, verbunden mit diarrhoischem, bluthaltigem Stuhl, liess den Verdacht auf eine typhoide Erkrankung von neuem aufkommen. In der jetzt angelegten Blutkultur findet sich „der Eberthsche Bazillus in einer im übrigen selten beobachteten, vakuolären Form“.

Tuberkulose.

Fabre und Bourret (11) betrachten an der Hand folgender Krankengeschichte den Einfluss der Gestationsprozesse auf bestehende Tuberkulose. 22jährige Igravida ohne tuberkulöse Anamnese bekommt im 6. Monat der Gravi-

dität eine rechtsseitige Pleuritis, die jedoch nach Punktion innerhalb weniger Wochen zurückgeht. Vom 3. Tage nach Frühgeburt im 9. Monat an fiebert die Wöchnerin. Die jetzt nur geringen Lungenprozesse scheinen die Höhe der Temperatur nicht erklären zu können, so dass man sich insbesondere durch empfindliche Tumoren in der Adnexgegend zur Annahme einer puerperalen Infektion leiten lässt. Erst das Fortschreiten des Lungenprozesses unter Ausbildung einer linksseitigen Pleuritis liess eine Tuberkulose auch der abdominalen Prozesse vermuten, und die Sektion, 4 Wochen nach der Entbindung, konnte diesen Verdacht bestätigen; ausser einer grobknotigen Peritonealtuberkulose fand sich insbesondere links ein alter tuberkulöser Pyosalpinx, im zugehörigen Parametrium verkäste Tuberkel; ganz im Gegensatze zu den Lungen, die auf dem Schnitt beiderseits nur eine ganz frische Tuberkelaussaat zeigten. Diese Befunde scheinen geeignet zur Bestätigung folgender Annahmen: Die Ausbreitungstendenz tuberkulöser Prozesse gerade im Wochenbett scheint evident, während im Gegensatze hierzu die tuberkulöse Pleuritis in der Gravidität schnell auszuheilen vermochte. Die schon von Pilod (Lyon 1909) geäusserte Ansicht, dass die miliare Ausbreitung der Tuberkulose in der Gravidität meist extragenitale Herde als Ausgangspunkt hat, diejenige im Wochenbett jedoch meist einer genitalen Quelle entspringt, scheint in dem verschiedenen Alter der hier vorgefundenen Herde eine gute Bestätigung zu finden. Der Hergang in solchen Fällen ist leicht erklärlich; tuberkulöse Käse- oder Eiterherde kommen unter der Geburtsarbeit zum Bersten, der infektiöse Inhalt ergiesst sich in das Tuben- und Uteruslumen, hier findet es nach Loslösung der Plazenta in den klaffenden Venenlumina reichlich Gelegenheit zur Aussaat im Körper.

Diabetes.

Folliet (12) findet den Prozentsatz von puerperalen Infektionen bei Diabetikern bedeutend erhöht. Durch das Stillen wird der Diabetes ungünstig beeinflusst, dieses ist daher von vornherein zu unterlassen.

Nervenkrankheiten.

Costes (5) beobachtete einen Fall von Lumbo-Neuritis im Wochenbett, wie er einen solchen zuerst von Hauch 1906 beschrieben fand. Beobachtet wird diese Erkrankung bei Infektionen oder Autointoxikationen. Ihre wichtigsten Symptome sind Schmerzen bei Druck auf die aus dem Plexus lumbo-sacralis stammenden Nerven, Paresen, spontane Schmerzen, trophische und vasomotorische Störungen. Prognose günstig. Sechs Fälle aus der Literatur.

Déjerine (6) gibt die Krankengeschichte einer 42 jährigen Puerpera, deren Beine 1 Monat nach puerperaler Infektion eine bedeutende Atrophie, Equinusstellung und zyanotische Farbe zeigten. Das rechte Bein wies eine Abduktion des Unterschenkels auf; im linken waren faradische und galvanische Erregbarkeit herabgesetzt. Die Sensibilität war bedeutend vermindert, Nervenstämme und Muskeln druckempfindlich. Im übrigen bestand Amnesie und Verwirrtheit. Die Prognose dieser Fälle ist im allgemeinen günstig. Die Therapie besteht, ausser in Linderung der Schmerzen durch Aspirin, in Massage, Bewegung und Elektrisieren.

Generationspsychosen.

Engelhard (9) gibt eine zusammenhängende Betrachtung über die zurzeit herrschenden Anschauungen auf dem Gebiete der Generationspsychosen, sowie den Einfluss der Gestation auf schon bestehende psychische und neurologische Krankheiten. Bei der Prüfung seines eigenen, aus einer geburtshilflichen Klinik stammenden Materiales erscheint ihm gerade die Eigenart eines solchen Materiales wertvoll, indem es zumeist Fälle anbetrifft, wie sie in den von Psychiatern stammenden Abhandlungen fehlen; einmal passagere Geistesstörungen, die einer Über-

führung in die psychiatrische Klinik nicht bedürfen, sodann Fälle, deren Veränderung ante, intra oder post partum in der Klinik genau beobachtet werden konnte, während dem Psychiater der Beginn der Erkrankung meist nur durch eine von Laien ergänzte Anamnese bekannt wird. Die im Laufe von 10 Jahren an der Utrechter Frauenklinik und Poliklinik beobachteten psychischen Störungen beliefen sich insgesamt auf 51, oder 0,25 % aller Geburten. Es handelte sich hierbei um: 29 Psychosen (10 posteklamptische, 5 während der Geburt aufgetretene, 6 schon bestehende chronische). Im übrigen sind beobachtet: Epilepsie, Hysterie, Idiotie, Imbezillität mit Epilepsie, Epilepsie mit Bewusstlosigkeit während der Geburt, schmerzlose Austreibungsperiode, Chorea gravidarum. Das Verhältnis von 31 % Graviditäts- zu 68,9 % Puerperalpsychosen entspricht der Mehrzahl der Statistiken, doch fällt der völlige Mangel an Laktationspsychosen auf.

Nach Fürstner ist die halluzinatorische Verwirrtheit der Prototyp der puerperalen Geistesstörungen. Wegen der noch völlig verwirrten und uneinheitlichen Nomenklatur in der Psychiatrie aber lässt sich über eine Bestätigung dieser Ansicht an dem vorliegenden Material nicht diskutieren; überhaupt enthält sich Engelhard deswegen so weit als tunlich einer allzugenauen Analyse der Geistesstörungen. Insofern aber scheinen die Anschauungen der meisten Autoren einig, als ein vorwiegendes Auftreten der depressiven Formen in der Gravidität, der maniakalischen im Puerperium beobachtet wird.

Ätiologisch wurde in früherer Zeit zu häufig das Fieber für die Entstehung der Puerperalpsychosen angeschuldigt. Man wird häufig die weitere Verbreitung einer anfangs übersehenen leichteren Infektion auf Grund der somatischen Unruhe der Geistesgestörten verkannt haben. In einem anderen Teile mag es sich um reine Fieberdelirien, also symptomatische Psychosen gehandelt haben. Einen unzweifelhaft wichtigen Faktor in der Ätiologie der Gestationspsychosen spielt die Eklampsie. 5 der 47 Eklampsien, die Engelhard beobachtete, erkrankten an einer Psychose, also der relativ hohe Prozentsatz von 10,6 %. Der Beginn dieser Psychosen rechnete vereinzelt vom 6. Tage nach dem Koma an, oder er ging sogar dem Ausbruch der Eklampsie voraus. Ein gewisser Zusammenhang des Verlaufes der Psychose mit der Urinsekretion war auffallend. Jedenfalls scheint soviel festzustehen, dass die Gehirnfunktion durch das Eklampsiegift direkt schwer geschädigt wird. Es besteht ein derartig labiles Gleichgewicht, dass ein kleiner Stoss zur Störung desselben genügt. Ähnlich mag es sich mit der oft ätiologisch namhaft gemachten erblichen Belastung verhalten, dass sie in ähnlicher Weise das Gehirn empfindlicher macht. Ein kleiner Stoss, eine hinzutretende Infektion, selbst die Wehenschmerzen können jetzt das Gleichgewicht stören.

Die während der Geburt auftretenden Psychosen sind nach Krafft-Ebing gekennzeichnet durch: 1. totale psychische Störung während des ganzen Verlaufes; 2. nie fehlende Amnesie; 3. den delirierenden Charakter; 4. das urplötzliche Auftreten. Es lässt sich ohne weiteres vorstellen, dass das Geburtstrauma auf eine psychisch widerstandslose Hysterika kräftiger einwirkt und eine Störung des labilen psychischen Gleichgewichtes veranlassen kann. In Fällen, in denen überdies eine beträchtliche Menge Eiweisses im Urin sich findet, mag eine Vermehrung der Toxinmenge im Blute, herrührend von der Plazenta oder der erhöhten Muskelarbeit, die Schädigung der Niere veranlassen und ebenso mitschuldig sein an der Schädigung des Gehirnes. Für Fälle von in der Geburt auftretender Psychose ohne psychische Disposition und ohne pathologische Albuminurie nimmt Eberhard entweder eine Überempfindlichkeit des Gehirns für die Geburtstoxine bei widerstandsfähiger Niere oder eine Überempfindlichkeit für Schmerz an.

Für die Dauer der Psychosen gelten Queusels Zahlen für Graviditätspsychosen (3—10 Monate) auch für das vorliegende Material. Die puerperalen jedoch dauerten nicht bis zu 1 Jahr, sondern im Durchschnitt bis zu einer Woche, nur die albuminurischen und posteklamptischen Geistesstörungen hielten bis zu 1,

selbst $3^1/_2$ Monaten an. Von diesen wurde auch eine mit Defekt entlassen, im übrigen jedoch alle Patienten geheilt, in sozialer Hinsicht geheilt waren alle ohne jede Ausnahme. Im allgemeinen scheinen die akut beginnenden Psychosen einen milderen Verlauf zu nehmen.

Bei den Fällen von Epilepsie konnte ein Einfluss von Gravidität und Geburt auf die Zahl der Anfälle nicht festgestellt werden; in allen Fällen waren dieselben zu unregelmässig über die ganze Zeit verteilt. Überhaupt sind die Ansichten über den Zusammenhang von Epilepsie und Gravidität sehr verschieden.

In bezug auf die Chorea wird von fast keinem Autor der Einfluss einer überstandenen Jugendchorea oder eines Gelenkrheumatismus geleugnet. In $^2/_3$ der Fälle tritt die Chorea vor dem 5. Schwangerschaftsmonat auf. Die Mortalität wird auf unter 10 % zu veranschlagen sein.

In der Therapie der Graviditätspsychosen, die früher viel durch Unterbrechung der Gravidität behandelt wurden, schliesst sich Eberhard der herrschenden Neigung zum Konservatismus an. Auch bei der Chorea sind die Erfolge mit Ruhe, Narkoticis, Arsen, reichlicher Ernährung (Saugflasche) gute. Bei der Epilepsie kann eine drohende chronische Psychose oder frühauftretende Demenz zur Unterbrechung der Schwangerschaft Anlass geben.

IX.

Geburtshilfliche Operationen.

Referenten: Privatdozent Dr. F. Hitschmann und Privatdozent Dr. L. Adler.

I. Instrumente.

1. Boxer, S., Zur Technik der Uterustamponade. Zentralbl. Nr. 21. (Anbringung federnder Hebel an den Polen des quergehängten Gewichtes des Scherbak-Spekulum zur Anhängung der Jodoformgaze.)
1a. Bumm, Es ist nicht richtig, dass bei Geburtstörungen durch Antefixation der Kaiserschnitt unumgänglich nötig ist. Mit der Wendung ist fast in allen Fällen der Kaiserschnitt zu umgehen.)
2. Gauss, C. J., Die instrumentelle Kompression der Aorta abdominalis eine ungefährliche und sichere Methode geburtshilflicher Blutstillung. Zentralbl. Nr. 18. (Beschreibung einer neuen „Aderpresse“, Technik, Kontrolle der Wirkung, Weiterverlauf, Resultate etc. Neben- und Nachwirkungen. Über 100 Fälle mit nur 1 Versager bei einer Bluterin.)
3. Heil, K., Historische Bemerkungen zum Vakuumhelm des Dr. Kuntzsch. Zentralblatt Nr. 37. (Die Idee ist alt, das Instrument hat keine Zukunft.)
4. Holz, F., Zur Technik der Uterustamponade. Zentralbl. Nr. 29. (Empfehlung des Tamponbüchse des Verf.s).
5. John, R. L., Neue Methode zur hydrostatischen Dilatation der Cervix. Therap. Gazette Detroit 1911. Oct. (Beschreibung eines spulen- oder bisquitförmigen Metreurynters.)
6. Kocks, J., Der Vakuumhelm. Zentralbl. Nr. 33. (Der Vakuumhelm ist nichts Neues, aber theoretisch nicht empfehlenswert.)

7. Kownatzki, Über geburtshilfliche Extraktionen mit einem Vakuumhelm. Zentralblatt Nr. 35. (Es gibt schon seit 1890 ein solches Instrument von McCahey in Philadelphia.)
8. Kuntzsch, Über geburtshilfliche Extraktionen mit meinem Vakuumhelm. Zentralblatt Nr. 27. (Vorläufige Mitteilung. Eine Metall-Gummikappe, die an den vorliegenden Teil angelagert und luftleer gemacht wird.)
9. — Erwiderung zum Problem des Vakuumhelms. Zentralbl. Nr. 44.
10. La Monica, Ugo, Ein neuer Uterusdilatator. Zentralbl. Nr. 4. (Modifikation des Bossi.)
11. Mirto, F., Su di un nuovo uncino rachioclaste. Atti della Società Ital. di Ostetr. e Ginec. Vol. 18. (Über einen neuen Rachioklasthaken.) (Artom di Sant' Agnese.)
12. Nadory, B., Kezmarsky's Decapitating Écraseur. Journ. of Obstetr. and Gyn. Febr. (Beschreibung einer Modifikation des Kezmarskyschen Écraseurs zur Dekapitation.)
13. — Der Kezmarkysche Dekapitationsekraseur. Zentralbl. Nr. 6.
14. Raich, Über das letzte Modell der Achsenzugzange nach Tarnier. Journal akusch. i shensk. boles. Dez. (An 4 Fällen weist Raich nach, dass die Tarniersche Zange eine enorme Kraftanwendung erheischt, was zu schweren Folgen führen kann. Drehungen des Kopfes in der Zange sind ausgeschlossen; gefasst wird der Kopf in einem unvorteilhaften Durchmesser; der Arzt ist genötigt, während der Traktionen eine sehr unbequeme Stellung einzunehmen; sowohl Kindskopf als Scheide werden stark traumatisiert.) (H. Jentter.)
15. Rosenstein, Ein bohrerförmiges Perforatorium. Wratsch. Gaz. Nr. 48. (Rosenstein gibt ein neues Modell an, welches ein scherenförmiges Perforatorium vorstellt, dessen Spitzen die Schraubengänge eines Bohrers tragen. (H. Jentter.)
16. Schneider, O., Klinische Erfahrungen über eine neue Art der künstlichen Blutleere in der Geburtshilfe. Inaug.-Diss. Freiburg 1910. (Erfahrungen mit dem Gaussschen Aortenkompressorium. 70 Fälle mit 3 Todesfällen.)

II. Zange, Wendung, Beckenendlagen, Kraniotomie, Embryotomie.

1. Ahlström, E., Fall von ungewöhnlicher Verletzung des Kindskopfes bei Zangenextraktion. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d. Gesellsch. schwed. Ärzte. Hygiea. Nr. 2. (Einkeilung der Stirnbeine in einander mit Zerreissung von Sinus longitudinalis.) (Silas Lindqvist.)
2. Belorutschew, Zur Technik der Embryotomie. Russki Wratsch. Nr. 27. (Es sind 2 Stadien der verschleppten Querlagen zu unterscheiden; in dem einen ist die Dekapitation möglich, im zweiten unmöglich. Die allgemein übliche Technik ist schwer und bedarf der Vereinfachung. Letztere wird erreicht dadurch, dass zuerst der vorliegende Teil durch Extraktion der Brustorgane verkleinert und darauf die Dekapitation ausgeführt wird. Belorutschew bringt 3 Geburtsgeschichten. Bei seiner Methode wird die Eviszperation nur zur Hälfte nötig (die Extraktion der Bauchorgane bleibt erspart). Ferner wird der technisch schwerste Teil, die Spondylotomie, nicht nötig. Die Dauer der Operation wird bedeutend abgekürzt [30 bis 40 Minuten]). (H. Jentter.)
3. — Ein Fall von Sternotomie. Russki Wratsch. Nr. 49. (38 jährige VIII para; die Geburt dauert schon 3 Tage; Temp. 38,5; Puls 120. Umfang des Leibes 120 cm. Conj. diag. 10,5. Frucht tot. (In der Vagina die Nabelschnur und die rechte Hand, über dem Beckeneingang etwas seitlich abgewichen der vorliegende Kopf. Nach Reposition des vorgefallenen Armes Perforation des von aussen fixierten Kopfes mit dem Blotschen Perforatorium. Mittelst Kranioklast schwierige Extraktion des Kopfes; Lösung der Schultern unmöglich, ebenso wie Herableiten des Armes. Deswegen Sternotomie des ganzen Brustbeins seiner Länge nach mit dem Blotschen Perforatorium und Extraktion mit stumpfem Haken. Gewicht des Kindes 14½ Pfund, Länge 64 cm. Die Technik wich von der von Ilkewitsch empfohlenen ab; letztere könnte man charakterisieren als Sternotomia et exarticulatio sterno clavicularis bilateralis foetus sub partu.) (H. Jentter.)

4. Caterina, E., La Basiotripsia nell' esercizio pratico. Die Basiotrypsie in der Praxis. Rassegna di Ostetr. e Ginec. Anno XXI. Nr. 6. (Artom di Sant' Agnese.)
5. Cykowski, Die hohe Zange. Przeglad Lekarski. (Polnisch.) (Da die gewöhnliche Zange im Beckeneingange angelegt aus Rücksicht auf ihre Beckenkrümmung den Kopf atypisch fassen muss, so können schwere Verletzungen der Frucht entstehen, sowie auch die Zange abgleiten kann. Deshalb empfiehlt Cykowski die von Fjedorew modifizierte Zange mit nicht gekreuzten Branchen von Lazarewicz, welche keine Beckenkrümmung besitzend leichter im Beckeneingange anzulegen ist. Verf. stützt seine Forderung auf die günstigen eigenen Resultate in 42 Fällen, 28 Frauen waren I parientes, 14 Mehrgebärende. 10 mal kam die Frucht tot zur Welt, davon 4 mal unabhängig von der Geburt. In 16 Fällen kam eine Ruptur der Vagina zustande und des Dammes, aber nur 2 mal handelte es sich um ausgedehntere Verletzungen. (v. Neugebauer.)
6. — Die hohe Geburtszange. Gazeta Lekarska. Nr. 39. 40, 41. 42. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
7. — Die hohe Zange. Przeglad Lekarski Nr. 11. p. 199. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
8. — Die hohe Zange. p. 158—163. Verh. d. gynäkol. Sekt. d. XI. Vers. poln. Ärzte. Krakau 1911. cf. Kap. I. Verhandlungen.
9. Driessen, Extraktion des Kindes bei Steisslage. Ned. Tijdschr. f. Geneesk. 1911. II. 3.
10. Ferrareti, C., Zur Behandlung der verschleppten Querlage. Ginecologia Firenze.
11. Hannes, W., Die Abwartung der Geburt bei Beckenendlagen. Med. Klinik 21.
12. Ilkewitsch, Die Zerstörung des Manubrium des Brustbeins. Die Sternotomie als Methode zur Verkleinerung des Schultergürtels bei der Schulterlösung nach Geburt des Kopfes. Russki Wratsch. Nr. 13. (Bei Missverhältnissen zwischen Becken und kindlichem Schultergürtel nach Geburt des Kopfes empfiehlt Verf., statt der ungenügenden einseitigen Kleidotomie, ohne die Arme zu lösen, das Manubrium sterni mittelst des Perforatoriums (Blot) oder mit der Schere zu zerstören. Das Instrument wird subkutan vom Halse aus zum Brustbein geführt. Experimentell konstatierte Verf., dass der Schultergürtel um 5—6 cm, der Brustumfang um 9 cm verkleinert wird. Mit Erfolg führte Ilkewitsch diese Sternotomie in 2 Geburtsfällen aus.) (H. Jentter.)
12a. Keim, Äussere Wendung; Synkope der Mutter. Einfluss auf die Frucht. Revue mens. de gyn. obst. Dezember 1911.
13. Liebich, E., Zur Frage der Kleidotomie. Zentralbl. Nr. 19. (Die Kleidotomie wäre nicht bei der Embryotomie, sondern gesondert unter den entbindenden Operationen zu besprechen, und auch bei lebendem Kinde als Voroperation für das Herunterholen des Armes anzuwenden, da das von Bumm empfohlene Verfahren (Lösung des hinteren Armes) oft versagt.)
14. Lott, H. S., Ein geburtshilflicher Unfall. Amer. journ. of obstetr. Jan. (Abreissung der hinteren Scheidenwand und Durchbohrung des hinteren Scheidengewölbes durch Forzeps, Darmvorfall in die Vagina. Reposition der Därme, Naht, Drainage, Heilung.)
15. Markoe, J. W., Die geburtshilfliche Zange in ihrer Bedeutung für Mutter und Kind. Bull. of the Lying in Hosp. New York. VIII. 2.
16. Masurin, Zur Perforation des lebenden und toten Kindes. Journal akusch. i shensk. boles. Nov.—Dez. (Das Material der statistischen Arbeit umfasst 500 Perforationen (auf 76 666 Geburten d. i. 0,59 %). Schlusssätze in Kürze: Es ist unmöglich, in drohenden Fällen ohne Perforation der lebenden oder toten Frucht auszukommen. Die Forderung besteht zu Recht: Erst die Mutter retten, dann die Frucht. In der Praxis kann die Perforation durch Pubiotomie oder Kaiserschnitt nicht ersetzt werden. Es ist gegenwärtig nicht möglich, die Indikationen zur Perforation zu präzisieren. Bei rechtzeitiger Ausübung der Perforation ist die Prognose für die Mutter absolut gut. Tödlicher Ausgang ist nicht die Folge der Operation, sondern des zu langen Abwartens oder der vorher eingetretenen Infektion. War keine Sepsis sub partu, so ist der Verlauf des Wochenbettes stets normal; seine Dauer ist viel kürzer als nach den konkurrierenden Operationen, was für den Arbeiterstand von Bedeutung ist. Perforation nach der Probezange zeugt von Ungenauigkeit der Diagnose und ist für die Mutter nicht gleichgültig. Die Perforation darf nicht in Abhängigkeit stehen von misslungener Wendung oder Zange. Es ist nicht möglich, den Zeitpunkt für die Perforation zu präzisieren; besser ist es freilich, eine über-

flüssige Perforation zu machen, als die Kreissende durch gewagte Hilfeleistung zu verlieren. Es ist falsch, das Eintreten drohender Symptome abzuwarten, und die Erfahrung lehrt, dass eine der häufigsten Ursachen der Uterusruptur zu langes Abwarten ist. Sollte mit der Zeit konstatiert werden, dass die Beckenmasse im allgemeinen kleiner werden, so wird die Perforation mit der Zeit häufiger werden. Nicht die Beckenmasse an sich sind für die Indikation massgebend, sondern das Verhältnis des Kopfes zum Geburtskanal, deshalb ist es möglich, dass ein nicht ausgetragenes Kind wird perforiert werden müssen. Lehnt die Kreissende den Kaiserschnitt oder eine beckenerweiternde Operation ab, so hat der Arzt nicht das moralische Recht, seine Hilfe zu verweigern, er muss perforieren. Das lebende Kind darf nur mit Genehmigung der Kreissenden oder, falls diese bewusstlos ist, der stellvertretenden Person perforiert werden. Bei toter Frucht musste eine Erlaubnis, sie zu perforieren, nicht erst eingezogen werden. Um über die Vorzüge des Kaiserschnittes ein Urteil fällen zu dürfen, musste man eine Statistik von Fällen sammeln, mit denselben Bedingungen, wie sie bei Perforationen vorkommen. Deshalb ist z. B. in septischen Fällen der Perforation der Vorzug zu geben. Bei Erstgebärenden darf weder Symphyseo- noch Pubiotomie gemacht werden; bei der ersten Geburt können diese Operation die Perforation nicht ersetzen. Das Gewicht des Kindes (sogar bis 5900) beeinflusst den Ausgang der Perforation nicht, falls die operative Konfiguration des Kopfes gelungen ist. Die Bedingungen, welche die Perforation erheischen, liegen im Kopfe selbst (Rigidität der Knochen, Festigkeit der Nähte). Die Position der Frucht ist belanglos. Das Alter der Kreissenden hat keinen Einfluss auf die Häufigkeit der Perforation.) (H. Jentter.)

17. Monin, Zur Perforation des lebenden Kindes. Journal akuscherst. i shensk. bol. Oktober. (Das Prinzip völliger Ablehnung der Perforation des lebenden Kindes kann nicht aufrecht erhalten werden; es werden immer Fälle vorkommen, wo diese Operation als einzig mögliche nicht zu umgehen sein wird. Wo es nur irgend angeht, muss diese Operation durch andere Methoden ersetzt werden, sogar wenn diese die Mutter gefährden. Falls die Mutter jegliche ersetzende Operation ablehnt, muss der Arzt perforieren. er darf nicht seine Hilfe verweigern, und wenn er prinzipiell mit dem Vorgehen nicht einverstanden ist. In der Landpraxis wird die Perforation häufiger sein, aber auch hier sind 2 Punkte zu berücksichtigen: 1. es darf nicht perforiert werden, wo eine Zange möglich ist und 2. Schwangere mit Beckenenge müssen nach Möglichkeit in Städte mit geburtshilflichen Institutionen geschickt werden.) (H. Jentter.)

18. Petrowsky, J. A., Praktische Veränderungen der Embryotomie bei verschleppten Querlagen. Prakt. Wratsch. 1911. Ref. Zentralbl. Nr. 40.

19. Heimann, F., Rachiotomie mit dem Küstnerschen Rachiotom. Zentralbl. Nr. 26.

20. Rosner, Impression eines Scheitelbeines nach Anlegung der Achsenzugzange. Krakauer Gynäk. Gesellsch. am 27. II. Prezeglad Lekarski. Nr. 20. p. 369. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)

III. Abortus und Frühgeburt.

1. *Bagger-Joergensen, V., Über künstliche Frühgeburt bei Beckenenge. Monatsschrift 36. H. 6.
2. *— Über die künstliche Frühgeburt beim engen Becken. Arch. mens. d'obstet. et de gyn. Febr.
3. Bársony, J., Die Fehlgeburt und ihre Behandlung. Orvoskipes 1911. 5. Ref. Zentralbl. Nr. 32.
4. *Hofmeier, M., Über die Stellung der künstlichen Frühgeburt in der Therapie des engen Beckens. Monatsschr. 36. Ergänz. H.
5. Jaschke, R. Th., Die Behandlung des Aborts. Med. Klinik. Nr. 25. (Übersichtsreferat.)
6. *Leonhardt, W., 220 Fälle von künstlicher Frühgeburt bei engem Becken. I. D. Strassburg 1911.
7. McDonald, Ellis, Einleitung der Frühgeburt bei mässig verengtem Becken. Journ. of obstet. and gyn. Febr.

8. Paul, Titus, Statistic study on a series of arbortions. Amer. Journ. of Obstet. June. (274 Fälle mit 5,11 $^0/_0$ Mortalität.)
9. Puppel, E., Zur Therapie der Plazentarverhaltung und des fieberhaften Abortes. Monatsschr. 35. (Sammelreferat.)
10. Strauss, B., Klinisches und Bakteriologisches zur Laminariadilatation des Uterus. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 70. 1.
11. Véron, 7 künstliche Frühgeburten bei derselben Frau. Rev. mens. de gyn. obstet. VII. 3.

Die Stellung der Einleitung der künstlichen Frühgeburt bei Beckenenge gegenüber der abwartenden chirurgischen Richtung wird von mehreren Autoren besprochen.

Hofmeier (4) berichtet über 71 Fälle unter 8000 Geburten, darunter waren nur 3 bei Erstgebärenden. 16 mal war die Konj. 6,5—7,5, 43 mal Konj. 7,5—8,5, 12 mal über 8,5 cm. Keine Mutter starb, 17 $^0/_0$ der Wochenbetten waren febril. 10 Kinder kamen tot zur Welt, 2 starben in den ersten Tagen p. p., 13 im ersten Lebensjahre.

Bei Erstgebärenden und bei Conj. vera unter $7^1/_2$ cm unterbleibt die künstliche Frühgeburt am besten, da man im Interesse des Kindes nicht unter die 36. Schwangerschaftswoche heruntergehen soll. Hofmeier empfiehlt einen grossen Metreurynter, nach dessen Ausstossung Wendung und Extraktion.

Bei Gegenüberstellung der künstlichen Frühgeburt und der abwartenden Methode (so lange abwarten, bis sich durch den Geburtsverlauf die Unmöglichkeit der Spontangeburt ergibt), wird sich zeigen, dass die künstliche Frühgeburt mit derselben Wahrscheinlichkeit wie die andere Methode und bei wesentlich geringerer Gefährdung des Lebens und der Gesundheit der Mutter ein gutes Resultat gibt.

Bagger-Jörgensen (1, 2) berichtet über 29 Fälle; die mütterliche Mortalität beträgt 0 $^0/_0$, Morbidität 3 $^0/_0$, die primär kindliche Mortalität 10 $^0/_0$, die spätere 12 $^0/_0$. Man soll nicht unter eine Conj. vera von 8,5 cm gehen, und nicht vor der 35. Woche die Schwangerschaft unterbrechen. Die angewendete Methode war hauptsächlich die Blasensprengung.

Leonhardt (6) stellt in einer Inauguraldissertation aus der Freiburger Klinik 220 Fälle zusammen; die mütterliche Mortalität betrug 1,27 $^0/_0$, von den Kindern wurden 63,6 $^0/_0$ lebend entlassen.

McDonald (7) empfiehlt zur Einleitung den Ballon von Champetier de Ribes, die untere Grenze der zulässigen Beckenverengerung ist eine Conj. vera von 8 cm.

IV. Erweiterung der weichen Geburtswege. Dilatation nach Bossi, Metreuryse, Sectio caesarea vaginalis.

1. Beckmann, W., Über vaginalen Kaiserschnitt bei Eklampsie. Monatsschr. 35 H. 2. (43 Fälle, 25 Iparae, 18 Pluriparae. Die Operation kann auch im Privathaus ausgeführt werden. Die mütterliche Mortalität sank von 34 $^0/_0$ auf 18 $^0/_0$.)
2. Bossi, L. M., Bemerkungen zu der Mitteilung von Wiescher. Die Erfahrungen bei der Kollumerweiterung nach Bossi etc. Zentralbl. Nr. 17. (Die Resultate wären besser, wenn statt des Frommerschen Instruments das Bossische angewendet worden wäre.)
3. Brodhead, G. L., Observations based upon a study of 139 cases of induction of labor with the modified Champetier de Ribes Bag. The Amer. Journ. of obstet. Nr. 5. Statistik.
4. Cholmogoroff, S., Über die Bedeutung des vaginalen Kaiserschnittes bei Geburten, die schnell beendet werden müssen. IV. Kongress russ. Gyn. 16.—18. Dez. 1911. Ref. Zentralbl. Nr. 13.

4a. Cholmogoroff, S., Die vaginale Sectio caesarea zur raschen Beendigung der Geburt oder Unterbrechung der Schwangerschaft. Monatsschr. 36. 6.
5. Cholmogorow, Der vaginale Kaiserschnitt in Geburtsfällen, welche schnelle Entbindung erfordern. Journal akusch. i shensk. bol. Mai, Juni. (Cholmogorow bespricht die Indikationen, die Technik des vaginalen Kaiserschnittes, bringt 22 Geburtsberichte (Eklampsie 11 mal, Rigidität der Cervix 3 mal, Placenta praevia 3 mal, Nephritis acuta 3 mal, Vitium cordis 1 mal, vorzeitige Plazentarlösung 1 mal.) Bei 12 Erstgebärenden wurde der Scheidendammschnitt ausgeführt, 5 mal wurde nur die vordere Uteruswand gespalten, in 17 Fällen jedoch auch der hintere Schnitt gemacht, wobei keinmal der Douglas eröffnet wurde. Die Kreissenden wurden sofort entbunden. Die Nachgeburtsperiode wurde sofort beendet. Nur in einem Falle trat Uterusatonie ein, welche eine Tamponade der Gebärmutter erforderlich machte. Es starben 5 (3 an Nephritis und je eine an Eklampsie und Herzfehler). Schlusssätze: Geburtsfälle, welche schnelle, jedoch nicht sofortige Entbindung erfordern, indizieren die Metreuryse. In Geburtsfällen, wo sofortige Entbindung notwendig ist, und bei sofort zu unterbrechender Schwangerschaft, muss zum vaginalen Kaiserschnitt geschritten werden. Derselbe, ausgeführt in Geburtshäusern und Kliniken, in der Hand von Ärzten, denen die Technik vaginaler Uterusexstirpation geläufig ist, ist nicht gefährlich und gibt tadellose Resultate. Der vaginale Kaiserschnitt gehört zu den Operationen, welche die Geburtshilfe bedeutend bereichert haben.) (H. Jentter.)
6. Czyzewicz, A., Die Mutterhalserweiterung nach Bossi. Przeglad Lekarski. Nr. 18. p. 327. (Gestützt auf 36 eigene Beobachtungen erklärt sich Czyzewicz für einen Anhänger des Bossischen Verfahrens, für alle Fälle, wo es darauf ankommt, eine Frau möglichst schnell zu entbinden. Polnisch.) (v. Neugebauer.)
7. Czyzewicz, Mutterhalserweiterung nach Bossi. p. 296—304. Verh. d. Gyn. Sekt. d. XI. Vers. poln. Ärzte. Krakau 1911. cf. Kap. I. Verhandlungen.
8. Dobrowolski, Über operative Kollumerweiterung bei Eklampsie. p. 289—291. Verh. d. Gynäkol. Sekt. d. XI. Vers. poln. Ärzte. Krakau 1911. cf. Kap. I. Verhandlungen.
9. Frommer, V., Bemerkungen zur mechanischen Kollumerweiterung. Zentralbl. Nr. 25. (Polemik gegen Bossi.)
10. Grönheim, J., Der vaginale Kaiserschnitt nach Dührssen. Inaug.-Diss. Leipzig.
11. Gussakow, Über vaginalen Kaiserschnitt. Wratsch. Gaz. Nr. 5—6. (In der kaiserlichen Gebäranstalt wurde die Dührssensche Operation 15 mal ausgeführt. Die vordere Vaginalwand wurde quer gespalten, wie bei der Uterusexstirpation; die Spaltung der hinteren Cervixwand ist als nicht wesentlich aufgegeben worden; falls der vordere Schnitt den inneren Muttermund trifft, so ist für die Entbindung Raum genug geschafft. Die letzten Operationen sind alle mit Hilfe des Metreurynters ausgeführt. Der Scheidendammschnitt ist als überflüssig nicht gemacht worden. Lebensgefährliche Blutungen kamen nicht vor. Die prophylaktische Tamponade der Gebärmutter wird abgelehnt; nie wurde der Momburgsche Schlauch angelegt. Als Indikationen dienten Kollumkrebs, später Abort, Plazenta praevia und Eklampsie. Bei letzterer lehnt Verf. die prinzipielle Schnellentbindung ab. Den vaginalen Kaiserschnitt will Verf. für Fälle reserviert wissen, wo die langsame Cervixdilatation nicht zum Ziele führt und der Allgemeinzustand sich rasch verschlechtert. Der vaginale Kaiserschnitt ist die einzige universale Methode der Schnellentbindung in jedem Stadium von Schwangerschaft und Geburt, bei normalem oder wenig verengtem Becken. Der klassische Kaiserschnitt kann mit dem vaginalen nicht konkurrieren, da die im Bindegewebe gesetzten Wunden zweifellos gefahrloser sind als die peritonealen.) (H. Jentter.)
12. Gussakow, L., Über den vaginalen Kaiserschnitt. Ref. Zentralbl. Nr. 13.
13. Harzer, A., Zum Accouchement forcé. Inaug.-Diss. Freiburg 1910.
14. Herz, E., Zur schnellen Erweiterung der Gebärmutter nebst einigen Bemerkungen zur Technik der Ausräumung. Zentralbl. Nr. 32.
15. Hussey, A., Die Stellung der vaginalen Hysterotomie in der Frage der vaginalen Schnellentbindung. Amer Journ. of obstet. and dis. March.
16. Kalmykow, Der vaginale Kaiserschnitt als schnellste und gefahrloseste Entbindungsmethode bei Eklampsie. Journal akusch. i shensk. bol. Okt. (6 Geburtsgeschichten. 4 mal handelte es sich um Erstgebärende. Keinmal wurde der Scheidendammschnitt gemacht. Operationsdauer 40—50 Minuten. 1 Todesfall.) (H. Jentter.)

16a. Kalmykow, 5 vaginale Kaiserschnitte. Journal akusch. i shensk. bol. Sept. (1. Eklampsie bei einer 28 jährigen Vgravida im neunten Monat der Schwangerschaft. 12 Anfälle vor der Operation, 2 nach der Operation. Allgemeinzustand schwer. Lungenödem, Zyanose, Nephritis. Heilung. Im Puerperium maniakalische Psychose. 2. 30 jähr. krüppelige Frau mit tuberkulöser Koxitis. Eine Geburt durch klassischen Kaiserschnitt beendet. Zweite Schwangerschaft im vierten Monat. Es wurde künstlicher Abort eingeleitet. Wegen Rigidität des Mutterhalses gelang die Dilation mit Hegars Stiften nur bis Nr. 9, deshalb Jodoformgazetamponade. Es traten Schüttelfrost und hohes Fieber ein. Deshalb Kolpohysterotomie, Wendung, keine Blutung. Heilung. 3. Eklampie bei einer 32 jährigen VIIgravida im siebenten Monat der Schwangerschaft. Nach dem ersten Anfall bereits Bewusstlosigkeit. Schwerer Allgemeinstatus, Lungenödem. 7 Anfälle. Operation nach Bumm, Wendung, Extraktion. Nach der Operation tobte Pat. lange, hatte noch 3 Anfälle. Schliesslich Genesung. 4. Eklampsie bei einer 38 jährigen Vgravida im sechsten Monat der Schwangerschaft. Nephritis, Amaurose, 4 Anfälle, schwerer Allgemeinzustand. Operation schwer, der Uterus liess sich nicht nach unten dislozieren, der Schnitt wich oben nach rechts ab; Blutung. Nach der Operation 1 Anfall. Im Puerperium Zeichen der Peritonitis, weswegen Laparotomie. Das Bauchfell wurde jedoch gesund befunden. Im weiteren Verlauf eitrige Parametritis. Genesung. 5. 31 jährige VIgravida. Schwerer Zustand im neunten Monat der Schwangerschaft, Bewusstlosigkeit, viel Eiweiss, subnormale Temperatur; Operation ohne Narkose, Zange, totes Kind. Starke Blutung. Uterustamponade. Diagnose: Wahrscheinlich Toxämie. Alle Fälle wurden nach Bumm operiert, 3 mal wurde mit Seide genäht, 2 mal mit Catgut.) (H. Jentter.)

17. Kosminski, Stumpfe Erweiterung des Collum uteri bei Geburten und Aborten statt der blutigen Erweiterung. p. 292—295. Verh. d. Gyn. Sekt. d. XI. Vers. poln. Ärzte. Krakau 1911. cf. Kap. I. Verhandlungen.

18. Kosmak, Geo, Vaginal Cesarean section and its limitations particularly in Eclampsia. The Amer. Journ. of obstet. May.

19. Libow, Vaginaler Kaiserschnitt in der Landpraxis. Wratsch. Gaz. Nr. 51. (5 Fälle. 1. Eklampsie im neunten Monat; nach dem vaginalen Kaiserschnitt Wendung, Extraktion. 2. Placenta praevia centralis im siebenten Monat. Metreuryse, nach $^1/_2$ Stunde vaginaler Kaiserschnitt; starke Blutung während der Operation; Ablösung der Plazenta, Wendung, Extraktion der toten Frucht. Tod 1 Stunde post op. 3. Eklampsie im achten Monat, 5 Anfälle, Kolpeuryse, Cervixdilatation nach Hegar, Metreuryse, vaginaler Kaiserschnitt, Forzeps; lebendes Kind. Noch 3 Anfälle. Tod. 4. Vorzeitige Plazentarlösung bei einer IVpara im zehnten Monat. Albuminurie; schwere Anämie. Vaginaler Kaiserschnitt, Perforation. Heilung. 5. Hydramnion, Placenta praevia partialis. Metreuryse, vaginaler Kaiserschnitt. Starke Blutung. Perforation des Hydrocephalus. Heilung. Alle Fälle wurden nach Bumm operiert. Der Scheidendammschnitt ist nicht absolut notwendig. Die Wahl der entbindenden Operation hängt von den Eigentümlichkeiten des Falles ab. Uterustamponade ist fast nie nötig. Die Operation ist sonderlich bei Eklampsie und vorzeitiger Plazentarlösung am Platz. Sie darf überall ausgeführt werden, nicht nur in Kliniken.) (H. Jentter.)

20. Lobenstine, R. W., Vaginal Hysterotomy in the Late Months of Pregnancy. The Amer. Journ. of obstet. Nr. 5. (Warme Empfehlung der vaginalen Hysterotomie in der Hand chirurgisch geschulter Geburtshelfer.)

21. Michajlow, N., Über den vaginalen Kaiserschnitt. Ref. Zentralbl. Nr. 13.

22. Pawlowsky, Vaginaler Kaiserschnitt in der Hauspraxis. Therpeutitsch. Obsr. Nr. 14. (H. Jentter.)

23. Podhorezky, Zum vaginalen Kaiserschnitt (Hysterotomia vaginalis). Dissertation. St. Petersburg. (Der Arbeit liegen 15 Fälle zugrunde; darunter wurde in 4 Fällen der Uterus wegen Kollumkrebs vaginal exstirpiert. Nur einmal wurde auch der hintere Schnitt ausgeführt. Gewöhnlich genügt die Hysterotomia anterior vollkommen. Der Metreuryntorschnitt erleichtert die Operation. Bei Erstgebärenden ist der Scheidendammschnitt zu empfehlen. Die Indikationen sind noch nicht genügend präzisiert. Der vaginale Kaiserschnitt ermöglicht jede Schwangere oder Kreissende sofort zu entbinden; die Bauchhöhle bleibt vor Infektion geschützt, die Geburtstätigkeit braucht nicht abgewartet zu werden. Zusammenstellung von 194 Fällen aus der Literatur mit 29 Todesfällen (14,8 %). Indikationen: 133 mal Eklampsie, 14 mal Krebs, 8 mal

Placenta praevia, allgemeine Erkrankungen, später Abort, 4mal Rigidität der Cervix etc.) (H. Jentter.)

24. Raszkes, H., Nochmals zur Frage des vaginalen Kaiserschnittes. Medycyna i Kronika Lekarska. Nr. 27. p. 533. (Verf. hatte vor einem Jahre vier eigene Beobachtungen bekannt gegeben, welche sämtlich einen glücklichen Verlauf hatten, dreimal bei Eklampsie sub partu, einmal in der Schwangerschaft. Da diese Operationen teilweise ausgeführt wurden unter nicht gerade für eine Aseptik günstigen Bedingungen, so ist Verf. um so mehr der Ansicht, dass diese Operation auch für die Landpraxis und die städtische Privatpraxis berechtigt sei. Seither hat er abermals drei vaginale Kaiserschnitte ausgeführt. Im ersten Falle handelte es sich um eine 18jährige Primipariens mit Eklampsie. Es wurde zunächst der Metreurynter eingeführt und dann der sogenannte Dührssensche Metreurynteruterusschnitt ausgeführt. Tiefer Einschnitt linkerseits in Scheide und Damm, um Zutritt zu dem Uterus zu erlangen, dann Einlegen des Metreurynters und Anfüllung mit 450 g Solveollösung. Dann Scheidenlängsschnitt mit Abschieben der Harnblase nach oben bis zur Plika. Während der Assistent den Metreurynter stark herabzog, spaltete Raszkes jetzt die vordere Uterinwand soweit, bis der Metreurynter herausglitt. Jetzt Wendung und Extraktion, Plazenta manuell geholt, Uterushöhle nach Catgutnaht der Muskelwand tamponiert. Damm- und Scheidennaht. Genesung. Am 6. Tage geheilt entlassen mit dem Kinde. Im zweiten Falle 32jährige VIIpariens. Im 7. Monate nach vergeblicher Tamponade bei andauernden Blutungen mit Fieber. Kolpohysterotomia anterior nach Dührssen-Bumm und Wendung auf den Fuss, der herabgezogen wurde und hier den Metreurynter ersetzte. Jetzt der Uterusschnitt höher und höher hinauf verlängert, bis die Extraktion der Frucht gelang. Plazenta manuell entfernt. Uterustamponade und Wundnaht. Nach der Operation Puls kaum zu tasten. Also Kampfer und Kochsalzinfusion. 8 Tage lang fieberhaftes Wochenbett, aber Genesung. Im dritten Falle Abortus artificialis bei Phthisis pulmonum zwischen der 13. und 14. Woche. Hegardilatation und dann Laminaria. Am nächsten Tage Tampon entfernt, wobei bemerkt wurde, dass der Laminariastift im Uterus verschwunden war. Beim Anziehen des Seidenzügels riss derselbe durch. Da ein anderes Vorgehen dem Verf. zu riskant vorkam, so machte er den vaginalen Kaiserschnitt, um den Laminariastift und dann sofort das gesamte Ei zu entfernen. Glatte Heilung. In 4 von seinen 7 Fällen hat Raszkes in der Privatpraxis operiert. Das Resultat war stets gut. Drei von den von Raszkes operierte Frauen wurden später abermals schwanger und kamen spontan nieder, wodurch die Befürchtung einer späteren Narbenruptur nach vaginalem Kaiserschnitt doch immerhin etwas entkräftet werden dürfte. Polnisch.) (v. Neugebauer.)

25. Rosner, Vaginaler Kaiserschnitt zur Unterbrechung der Schwangerschaft. p. 305 bis 326. Verh. d. gyn. Sekt. d. XI. Vers. poln. Ärzte. Krakau 1911. cf. Kap. I. Verhandlungen.

26. Souter, Die neuen Behandlungsarten der Eklampsie mit besonderer Würdigung des vaginalen Kaiserschnittes und dessen Ergebnisse an der Strassburger Universitätsfrauenklinik. Inaug.-Diss. Strassburg.

27. Solowij, Über Erweiterung des Mutterhalses bei Geburten und Aborten. p. 283 bis 288. Verh. d. gyn. Sekt. d. XI. Vers. poln. Ärzte. Krakau 1911. cf. Kap. I. Verhandlungen.

28. Steudemann, Klinische Erfahrungen über die Cervixdilatation nach Bossi. Inaug.-Diss. Freiburg 1911.

29. Thaler, H., Zur Frage der Bewertung der Sectio caesarea vaginalis als Entbindungsverfahren, Wr. klin. Woch. Nr. 37. (Auf Grund des Materials der Klinik Schauta kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Die Sectio caesarea vaginalis erscheint nur bei ausreichender Assistenz und vom V. Schwangerschaftsmonat an nur in dringenden Fällen im mütterlichen Interesse gerechtfertigt. Bei reifem Kinde ist die Erhaltung des kindlichen Lebens nur mit Gefahr für die Mutter möglich. Die Spaltung der vorderen Uteruswand allein ist das einzig empfehlenswerte Verfahren.)

V. Sectio caesarea abdominalis.

1. Alexandrow, Kaiserschnitt mit Exstirpation zweier Ovarialzysten. Journ. akusch. i shensk. boles. Juli—August. (Ein Fall. Ist der Tumor ins Becken eingekeilt, so darf

die Geburt nicht per vias naturales beendigt werden. In keinem Falle darf der Tumor punktiert werden. Die vaginale Ovariotomie ist nur bei solitären, kleinen Zysten angezeigt. Bei doppelseitigen Zysten und Inkarzeration der einen im Becken ist der Kaiserschnitt absolut indiziert.) (H. Jentter.)

1a. Alfieri, E., Taglio extraperitoneale col metodo di Latzko in donna nana per condrodistrofia. Extraperitonealer Kaiserschnitt nach Latzko bei einer Zwergin, wegen Chondrodystrophie. La Ginecologia, Firenze. IX. fasc. 4.

2. Baldowsky, Ein Fall von Kaiserschnitt mit Sterilisation bei allgemein verengtem Becken, nach früherer Laparotomie. Praktitsch. Wratsch. Nr. 47. (H. Jentter.)

3. Becker, E., Über den extraperitonealen Kaiserschnitt unter besonderer Berücksichtigung von 24 Fällen aus der Frauenklinik. Inaug.-Diss. Bonn.

4. Bell, J. Norval, Cesareansection. Amer. Journ. of obstet. Dez.

5. Benthin, W., Sectio caesarea cervicalis bei einem Fall von Verdoppelung der Genitalorgane. Monatsschr. 35. 2.

6. Bovin, E., Fall von abdominellem zervikalem Kaiserschnitt. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. Schwed. Ärzte. Hygiea Nr. 11. (Silas Lindqvist.)

7. Bumm, Diskussion über abdominelle Kaiserschnitte. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 71. 3. (B. hatte Gelegenheit, eine blasenartige Ausstülpung der Narbe nach extraperitonealem Kaiserschnitt zu sehen, die sehr leicht zur Ruptur führen kann. Aseptische Fälle zeigen bei zervikalem Kaiserschnitt günstigen Heilungsverlauf. In infizierten Fällen ist mit jedem Schnitte Gefahr verbunden; sie scheint beim prinzipiell extraperitonealen Vorgehen geringer zu sein.)

8. *— Diskussionsbemerkung. Zentralbl. Nr. 40.

9. Burnier, S., Der Kaiserschnitt. Inaug.-Dissert. Lausanne. (Nach gründlicher historischer Einleitung und Kritik der neuen Methoden äussert sich Verf. auf Grund von 15 Fällen ohne Mortalität zugunsten der klassischen Sectio.)

10. Charles, N., Wiederholter Kaiserschnitt. (6 Kaiserschnitte bei derselben Frau.) Journ. d'accouch. 5—7.

11. Chatunzew, Sectio caesarea in mortua mit lebender Frucht. Russki Wratsch. Nr. 2. Sitzungsber. d. geb.-gyn. Ges. zu Kiew. (Die eklamptische Kreissende starb während dem fünften Anfall. 7—8 Minuten nach Stillstand der Atmung Kaiserschnitt. Kind asphyktisch, nach 10—15 Minuten wieder belebt. Gewicht 3000 g. Der an der Toten oder Sterbenden ausgeführte Kaiserschnitt ist die schnellste und für die Frucht die schonendste Operation. Je schneller nach dem Tode er ausgeführt wird, desto eher wird ein lebendes Kind erzielt. Ein schneller Tod ohne oder mit sehr kurzer Agonie gibt bessere Aussichten auf ein lebendes Kind als ein Tod mit langer Agonie.) (H. Jentter.)

12. Cholmogorow, Noch 15 Fälle von klassischem Kaiserschnitt. (Mit den vorigen 45.) Russki Wratsch. Nr. 35. (Die Indikation war 14mal Beckenenge und 1mal Verschluss der Scheide. Die kürzeste Conj. vera war 4 cm, die grösste 8 cm. Es wurde das Prinzip der frühen Internierung in die Klinik durchgeführt. Vor Beginn der Geburt wurde 7mal, nach derselben 8mal operiert. Ein Unterschied in dem Blutverlust wurde nicht beobachtet. Alle Kinder leben. Ergotin muss injiziert werden sofort nach Extraktion des Kindes; injiziert man früher, so wird das Kind asphyktisch. Die blutstillende Wirkung des Pitritins ist sehr unsicher. Nur in einem Falle wurde der Uterus in situ geöffnet. Adhäsionen mit der Bauchwand nach Ventrifixation. 6mal traf der Schnitt den Mutterkuchen. Die Operationsdauer schwankte zwischen 25 und 12 Minuten. 1 Wöchnerin starb an septischer Peritonitis. Ausser einer Tuberkulösen verliessen die Wöchnerinnen am 13. Tage das Bett.) (H. Jentter.)

13. Coen, G., L'operazione cesarea ripetuta. Wiederholter Kaiserschnitt. (4 Fälle von wiederholtem Kaiserschnitte mit gutem Erfolge.) Rassegna di Ostetr. e Ginec. Anno 21. Nr. 8. (Artom di Sant' Agnese.)

14. Conte, Aderenza dell' appendice vermiforme alla cicatrici cesarea. Taglio cesareo ripetuto ed appendicectomia. Verwachsungen des Wurmfortsatzes mit der Kaiserschnittnarbe. Wiederholter Kaiserschnitt und Appendizektomie. Atti della Soc. Ital. di Ostetr. e Ginec. Vol. 18. (Die drei Jahre vorher an Kaiserschnitt operierte Frau hatte weder vor noch nach Beginn der neuen Schwangerschaft Störungen auf Kosten des Verdauungssystems empfunden. Man fand, dass die Extremität des Wurmfortsatzes mit der Kaiserschnittnarbe verwachsen war. Bei der histologischen Untersuchung wies der Wurmfortsatz keine Art von Verletzungen auf.) (Artom di Sant' Agnese.)

15. Cova, E., Sul taglio extraperitoneale Latzko ripetuto. Über den wiederholten extraperitonealen Kaiserschnitt nach Latzko. Ginecologia. Firenze. IX. fasc. 1. (Ein persönlicher Fall von Wiederholung des extraperitonealen Kaiserschnittes in einem Zwischenraume von 20 Monaten. Es bestanden feste Verwachsungen zwischen Blase und dem unteren Segmente des Uterus. Wie schon andere Verfasser, so hält auch Cova die Ablösung der Blase an der der vorhergegangenen Operation entgegengesetzten Seite für nützlich. Die Narbe des Uterus, welche die frühere Operation zurückgelassen hatte, war sehr fest.) (Artom di Sant' Agnese.)
16. Czyzewicz, Einige Bemerkungen zur Technik und den Ergebnissen des suprasymphysären Kaiserschnittes 133. p. 26—133. (Allgemeine Betrachtungen, dann Zusammenstellung von 586 Einzelbeobachtungen, 14 eigene enthaltend. 1. Sectio caesarea cervicalis transperitonealis: 176 Einzelbeobachtungen; 2. Sectio caesarea cervicalis extraperitonealis: 29 9Einzelbeobachtungen; 3. Sectio caesarea cervicalis extraperitonealis mit zufälliger Verletzung des Bauchfelles: 55 Einzelbeobachtungen; 4. Sectio caesarea caesarea cervicalis extraperitonealis mit Gucklocheinschnitt des Peritoneum zur Kontrolle der Operation: 32 Einzelbeobachtungen; 5. Sectio caesarea cervicalis geplant als extraperitonealis, im Verlaufe der Operation aber zur transperitonealis modifiziert: 25 Einzelbeobachtungen. Folgen statistische Zusammenstellungen bezüglich der postoperativen Verwachsungen, Ergebnisse für Mutter und Kind und Kritik. Sehr fleissige und eingehende Arbeit, nicht zum Referat geeignet.) Verh. d. gyn. Sekt. d. XI. Vers. poln. Ärzte. Krakau 1911. cf. Kap. I. Verhandlungen.
17. — Einige Bemerkungen zur Technik und den Resultaten des suprasymphysären Kaiserschnittes. Przeglad Lekarski Nr. 6—10. Polnisch. (v. Neugebauer.)
18. Davis, A. B., Modern methods in cesarean section. The Amer. Journ. of Obst. July. (Behandelt nur den klassischen Kaiserschnitt.)
19. — Cesarean section. Technic of the Operation by the small median incision above the umbilicus with a summary of cases. Amer. Journ. of Obstetr. Dez. (147 Fälle mit einer mütterlichen Mortalität von 11,4 %, einer kindlichen von 16 %.)
20. Delahousse und Oui, Geburtsstörung nach Ventrofixation, Sectio caesarea, Exstirpation des Uterus. Gyn. 1911. Nov.
21. Delassus, M., Sept cas d'operation césarienne suivis de succés. La gynécologie. Nr. 7.
22. Delmas, P. und J., Opération césarienne iterative 40 heures aprés le debut du travail et 30 heures après la rupture des membranes. Bull. de la société d'obstétr. de Paris etc. Dez. 1911.
23. Ferroni, Taglio cesareo extraperitoneale ripetuto con esito letale tardivo per atrofia gialla acuta del fegato. Annali di Ostetr. e Ginec. 35. p. 526. (Wiederholter extraperitonaler Kaiserschnitt mit nachträglichem tödlichem Ausgang durch akute gelbe Leberatrophie.) (Artom di Sant' Agnese.)
24. Fischer, O., Über die Ruptur des graviden Uterus in einer alten Kaiserschnittsnarbe. Zeitschr. 70. 3). (Der quere Fundalschnitt ist grundsätzlich durch eine andere Schnittführung zu ersetzen, der Uterus ist nicht an der Plazentarstelle zu eröffnen, nicht zu tamponieren, die Naht möglichst exakt, erst wenn der Uterus gut kontrahiert ist (Sekale), anzulegen.)
25. Fraipont, Geburtsstörung durch Atresie des Collum uteri. Bull. de l'acad. royale de méd. de Belgique 1911. (2 Fälle. 1. Manuelle Dehnung, Spontangeburt. 2. Vaginale Inzision erfolglos, daher Sectio caesarea. Man soll in solchen Fällen nicht viel Zeit mit Dilatationsversuchen verlieren, sondern bald zum vaginalen oder abdominalen Kaiserschnitt schreiten.)
26. *Franz, K.. Diskussion über abdominelle Kaiserschnitte. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 71. 3.
27. — Diskussionsbemerkung. Zentralbl. Nr. 40.
28. Gallak, Ein Fall von konservativem Kaiserschnitt. Ärztl. sanitäre Chronik des Gouvern. Kiew. (H. Jentter.)
29. Gilles, Césarienne iterative conservatrice. La gynécologie. Mai.
30. — 2 Beobachtungen von wiederholtem Kaiserschnitt. Revue mens. de gyn. obstetr. 1911. Nr. 10. Ref. Zentralbl. Nr. 6.
31. Grosse, A., Konservativer Kaiserschnitt längere Zeit nach dem Blasensprung. Revue mens. de gyn. obstetr. 7. 4. (3 Fälle. Heilung.)
32. Gröné, O., Fall von Kaiserschnitt bei koxalgischem Becken. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. Schwed. Ärzte. Hygiea Nr. 9. (Silas Lindqvist.)
33. Gutzmann, F., Zur Indikation des extra- und intraperitonealen Kaiserschnittes auf Grund von 37 Fällen. Berliner klin. Woch. Nr. 37. (Der extraperitoneale

Kaiserschnitt ist indiziert in allen Fällen von engem Becken, bei denen eine Entbindung per vias naturales keinen günstigen Ausgang erwarten lässt, und zwar auch bei bestehender Infektion, doch hier auf jeden Fall mit Drainage des Bindegewebsraumes.)

34. Harrar, J. A., A Study of the Integrity of the Uterine sear after Cesareans Section. The Amer. Journ. of Obstetr. May. The Journ. of the A. M. A. 59. 3. (Unter 50 Fällen von auch mehrfach wiederholter Sectio caesarea wurde die alte Narbe 42mal nicht gesehen, oder war ganz fest, 4mal verdünnt, 2mal entstand in ihr inkomplette, 2mal komplette Uterusruptur. Auf Grund dieser Fälle empfiehlt Verf. 1. nach langer Geburtsdauer oder bei Infektionsgefahr nicht konservative Sectio zu machen, da die Narbe schlecht heilt. 2. Es ist besser die alte Narbe bei wiederholter Sectio zu exzidieren. 3. Intrauterine Ausspülungen wegen Schädigung der Narbe nach der Sectio zu unterlassen. 4. Bei der Geburtsleitung früher caesarierter Frauen ist auf die Nahtmethode und den Wochenbettsverlauf nach der Sectio zu achten, da beide von Einfluss auf die Festigkeit der Uterusnarbe sind.)

35. Hastings, Tweedy E., Extraperitoneal cesarean secticn. Journ. of obstetr. and gyn. 1911. Nr. 2.

36. Hauch, Det extraperitoneale Kejsersnit. (Der extraperitoneale Kaiserschnitt.) Nordisk Tidsskrift for Terapi. 11. Jahrg. p. 52—59. (O. Horn.)

37. Henkel, M., Der transperitoneale zervikale Kaiserschnitt. 33. Fälle. M. m. W. Nr. 40. (Verf. ist gegen die extraperitoneale Sectio und empfiehlt den transperitonealen zervikalen Kaiserschnitt nicht nur bei reinen, sondern auch bei zweifelhaften und infektionsverdächtigen Fällen.)

38. *— Der zervikale, transperitoneale Kaiserschnitt. Zentralbl. Nr. 40.

39. v. d. Hoeven, P., Die Möglichkeit einer erneuten Schwangerschaft nach dem klassischen Kaiserschnitt. Zentralbl. 51. (Verf. glaubt, dass der klassische Kaiserschnitt in vielen Fälle eine unerwünschte Sterilisation mit sich führt, und dass der transperitoneale, zervikale deshalb an seine Stelle treten kann.)

40. Jacobs, Opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale subtotale etc. La presse médicale Nr. 65.

41. Jensen, Jörgen, Sectio caesarea. (Diskussion.) Ges. f. Gyn. u. Obst. 6. Dez. 1911. Ref. Ugeskrift for Laeger. p. 1334. (O. Horn.)

42. Jolly, R., Uterusruptur in einer alten Kaiserschnittsnarbe. Arch. f. Gyn. 97. 2.

43. Josephson, C. D., Drei Kaiserschnitte. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. Nr. 7. (Silas Lindqvist.)

44. Jung, Neue Kaiserschnittsmethoden. D. m. W. 25. (Jung verwendet den extraperitonealen Kaiserschnitt nur bei reinen Fällen.)

45. Kaarsberg, Sectio caesarea. (Diskussion.) Ges. f. Gyn. u. Obst. 6. Dez. 1911. Ref. Ugeskrift for Laeger. p. 1334. (O. Horn.)

46. Kalmykow, Ein Fall von Kaiserschnitt an der Toten mit günstigem Ausgang für das Kind. Wratsch. Gaz. Nr. 8. (Die 26jährige IVpara starb an einem Rundzellensarkom der Gland. thymus und thyreoidea unter den Symptomen des akuten Lungenödems. Durch den 5 Minuten post mortem ausgeführten Kaiserschnitt wurde das $7^3/_4$ Pfund schwere und 48 cm lange lebende Kind zutage befördert.) (H. Jentter.)

47. Kastelian-Kastelianski, Zervikaler Kaiserschnitt. Inaug.-Diss. Freiburg 1910.

48. Kopp, Kaiserschnitt an der Toten. Lebendes Kind. Russki Wratsch. Nr. 37. (39jährige Pat. mit chronischer Pneumonie und Mitralstenose im neunten Monat der Schwangerschaft. Plötzliches Eintreten der Agonie während der Geburt; während der Vorbereitungen zur Operation Tod der Pat. Unmittelbar darauf Kaiserschnitt. Keine Blutung, trotz Placenta praevia caesarea. Kind in bleicher Asphyxie, nach Schultze wiederbelebt. Gewicht 3250 g. Die Agonie der Mutter dauerte 10 Minuten, während welcher Zeit die Herztätigkeit völlig stand. Schlusssätze in Kürze: Tritt der Tod der Mutter nach einer langen Agonie ein, so ist wenig Hoffnung auf ein lebendes Kind vorhanden. Der Kaiserschnitt in der Agonie ist seitens des Arztes ein grober Verstoss gegen das Recht eines jeden Menschen, über sein Leben bis zum letzten Augenblick verfügen zu dürfen. Es darf als indiziert erachtet werden, die tote Mutter von der Frucht zu befreien, denn es könnte eine leise Hoffnung auf Rettung des Kindes bestehen. Es ist notwendig, den Leib des Kindes von dem der Mutter zu trennen, um jede Anklage wegen Nichtgewähren der Hilfeleistung abweisen zu können.) (H. Jentter.)

49. Kehrer, F. A., Schnittführung bei der Sectio caesarea. Hegars Beitr. 17. 2. (Um bei starker Dehnung des unteren Uterinsegments eine feste Naht zu ermöglichen, empfiehlt Kehrer die Schnittränder 1—2 cm umzubiegen, am besten gegen die Uterushöhle, dannn wird nach dem freien Rand von innen nach aussen durchgestochen, und das eingebogene Stück an das darübergehende angelegt, ebenso auf der anderen Seite mit demselben Faden und einer zweiten Nadel.)
50. Koch, Fr., Der Kaiserschnitt in der allgemeinen Praxis. Inaug.-Diss. Kiel 1911.
51. *Küstner, O., Über den extraperitonealen Kaiserschnitt. Vortr. v. VI. int. Kongr. Berlin. M. w. W. 43.
52. Laurie, J., Cesarean section for obstruction caused by subperitoneal tumor. Lancet. Dec. 21.
53. Le Lorier, Der konservative Kaiserschnitt nach dem Blasensprung. Obstetr. 1911. Nr. 11. (19 Fälle ohne Todesfall, darunter mehrere mit mehrfachen Untersuchungen, bis 3tägiger Geburtsdauer, einmal sogar nach erfolgloser Metreuryse. Verf. hält auf Grund seiner Resultate die Erwägung für gerechtfertigt, ob nicht auch in zweifelhaften Fällen der klassische Kaiserschnitt dem extraperitonealen vorzuziehen sei.)
54. Litschkuss, L. G., Zur Frage über den Verlauf der Schwangerschaft und Geburt nach extraperitonealem Kaiserschnitt nebst einigen Bemerkungen zur Sterilisation der Frau. Monatsschr. Bd. 36. 6. (In der Literatur finden sich keine Fälle, in denen die alte Narbe während der folgenden Geburt die Mutter gefährdet hat.)
55. Mars, Der klassische Kaiserschnitt im Lichte der neueren Operationsmethoden. p. 5—25. Verh. d. gyn. Sekt. d. XI. Vers. poln. Ärzte. Krakau 1911. cf. Kap. I. Verhandlungen.
56. Marsh, J. P., Cesarean section done under spinal Anesthesia for Eclampsia. The Journ. of the Am. med. As. Sept. 21.
57. Mc Gibbon, J., Kaiserschnitt und die Wiederholung des Kaiserschnitts bei engem Becken. Ref. Zentralbl. Nr. 28.
58. Mc Pherson, Ross. Indications for Abdominal Cesarean section with the technic of the operation and analysis of 352 cases etc. The Am. Journ. of obst. July.
59. Meyer, Leopold, Sectio caesarea. (Technik.) Ges. f. Gyn. u. Obst. 6. Dez. 1911. Ref. Ugeskrift for Laeger. p. 1334. (O. Horn.)
60. — Sectio caesarea. (Diskussion.) Ges. f. Gyn. u. Obst. 6. Dez. 1911. Ref. Ugeskrift for Laeger. p. 1334. (O. Horn.)
61. Micheli, C., Per la statistica italiana e per la tecnica del taglio cesareo soprasinfisario. Über die italienische Statistik und die Technik des suprasymphysären Kaiserschnittes. Atti della Società Italiana di Ostetr. e Gin. Vol. 18. (Verf. hat in Italien 36 Fälle von suprasymphysärem Kaiserschnitt gesammelt. In 35 Fällen war die Indikation durch Beckenmissbildung, in einem Falle durch eine das Becken obstruierende Geschwulst gegeben. Es starben 2 mit Fieber operierte Frauen und 4 Kinder. In einem Falle gelang die Extraktion des Kopfes schwer und war nur möglich durch Zurücktreibung des Kopfes durch die Scheide.)
(Artom di Sant' Agnese.)
62. Michler, C., Zur Technik und Prognose des Kaiserschnittes. Inaug.-Diss. Freiburg 1911.
63. Mitchell Burns, T., Cesarean Section: Indication and Technic. Report of 29 Cases. The Journ. of the Am. Med. As. Jan. 13. (Mit Diskussion J. Osborne Polak.)
64. Morioton, Fernresultate des wiederholten klassischen Kaiserschnittes. Arch. mens. d'obstet. et gyn. Mars. (Auf Grund von 23 Fällen der Barschen Klinik resumiert Verf., dass die Wiederholung des Kaiserschnittes mit gutem Gewissen empfohlen werden könne, und dass, abgesehen von besonderen Gründen, ein Grund zur Sterilisierung bei der wiederholten Operation nicht vorliegt, wenn sie unter den günstigsten Bedingungen ausgeführt wird.)
65. Mueller, A., Eine neue Methode der Sectio caesarea classica bei infiziertem Uterus. Zentralbl. 49. (Müller empfiehlt eine von ihm bereits 1905 [Zentralbl. 29] angegebene Modifikation, Schaffung einer von der Bauchhöhle abgeschlossenen Peritonealtasche, Tamponade, für suspekte Fälle.)
66. Nyhoff, G. C., Nijftig keizersneden. Ned. T. v Gen. II. S. 371. Bericht über 50 Fälle von Kaiserschnitt an der geburtshilflichen Klinik Gröningen.
(A. Mijnlieff.)

67. Oui, M., Opération de Porro nécessitée par une hemorrhagie incoërcible au cours d'une opération césarienne. Observations sur la solidité de la suture en double cercle. Bull. de la soc. d'obstétr. de Paris etc. Dec. 1911.
68. — Présentation de face dans un bassin retrci, opération de Porro. Bull. de la soc. d'obstétr. de Paris etc. Dec. 1911.
69. Pearson, C., 4 glücklich verlaufene Kaiserschnitte. Brit. med Journ. March 2.
70. Peterson Reuben, The present status of Abdominal Cesarean Section. Surg. Gyn. and Obst. July, ref. the journ. of Obst. and Gyn. August.
71. *— Cesarean Section and its Alternatives in suspect and septic cases. The Amer. Journ. of obstetr. Febr.
72. Pobedinsky, Der klassische Kaiserschnitt in Russland im Laufe der letzten 25 Jahre. Wratsch. Gaz. Nr. 41. Sitzungsber. d. geb.-gyn. Ges. zu Moskau. (Es wurden in den letzten 25 Jahren 445 Kaiserschnitte gemacht, davon fallen 319 auf die letzten 11 Jahre [1900—1911]. Unter diesen 319 Operationen waren 287 klassische Kaiserschnitte. Die Sterblichkeit beträgt 6,6% [Sepsis nur in 3% der Fälle]. In Moskau allein 142 Kaiserschnitte. Wiederholter Kaiserschnitt ist 32 mal zu verzeichnen mit 1 Todesfall.) (H. Jentter.)
73. Richter, A., Zur Kasuistik des klassischen Kaiserschnittes. Monatsschr. 35. H. 2. (107 Fälle aus der Dresdener Klinik mit 0,9% Mortalität, 73% ungestörten Wochenbetten.)
74. Rosner, A., Vorstellung einer Frau nach klassischem Kaiserschnitt, einer Frau nach Porrooperation und einer Schwangeren, bei welcher ein Kaiserschnitt nach Polano beabsichtigt ist. Bei Venter propendens. Krakauer Gyn. Ges. Przeglad Lekarski. Nr. 1. p. 22. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
75. — Vorstellung einer Frau nach Kaiserschnitt nach Polano ausgeführt wegen Venter propendens. Przeglad Lekarski. Nr. 7. p. 121. Polnisch. (v. Neugebauer.)
76. — Einige Bemerkungen zu den Anzeigen und der Prognose des extraperitonealen Kaiserschnittes. p. 134—145. Verh. d. gyn. Sekt. d. XI. Vers. poln. Ärzte. Krakau 1911. cf. Kap. I. Verhandlungen.
77. Russell, A. W., Widening of Scope of Cesarean Section. Lancet. Dez. 21.
78. Scipiades, E., Hebosteotomie und präperitonealer Kaiserschnitt. Ref. Med. Klin. Nr. 41.
79. Shannon, D., Unusual Indication for Cesarean Section. Lancet. Dec. 21.
80. Simson, H., 3 Fälle von Kaiserschnitt bei nicht verengtem Becken. Journ. of obstetr. and gyn. 1911. Nr. 2. (2mal gaben Zysten, einmal Placenta praevia die Indikation.)
81. Sobjestansky, E. M., 12 Kaiserschnitte. Ref. Zentralbl. Nr. 28.
82. Ssewrjugow, Zwei suprasymphysäre Schnitte. Journ. akusch. i shensk. bol. Febr. (Zu den 11 in Russland ausgeführten suprasymphysären Kaiserschnitten fügt Ssewrjugow 2 eigene hinzu; beide nach Latzko an Iparen wegen Beckenenge; eine Mutter starb an Herzparalyse; ein Kind wurde asphyktisch extrahiert und nicht wiederbelebt. Der suprasymphysäre Kaiserschnitt fusst auf schwacher anatomischer Grundlage; eine bedeutende Verbesserung der Technik ist nicht zu erwarten. Ihrer Natur nach wird die Operation mit den das Kind tötenden Verfahren konkurrieren. In dieser Hinsicht trägt sie den Sieg davon.) (H. Jentter.)
83. Stickel, Kaiserschnitt nach Ventrofixatio uteri. Gyn. Ges. Berlin. ref. Zentralbl. Nr. 14. (Diskussion Jolly. Hirschberg berichtet, dass nach den Erfahrungen der Nagelschen Klinik die Entbindungen nach Ventrofixation spontan verlaufen.
84. Schäfer. P., Über abdominelle Kaiserschnitte. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 72. H. 2. (Beschreibung der Technik, die an der Franzschen Klinik üblich ist; die transperitoneale zervikale Methode hat manche Vorzüge vor dem klassischen Kaiserschnitt, ist viel einfacher als der extraperitoneale Kaiserschnitt. Tabelle über 50 Fälle mit 2 Todesfällen. Bei sicher infizierten Fällen wird der transperitoneale zervikale Kaiserschnitt nicht ausgeführt. In Grenzfällen bleibt die Entscheidung schwierig.)
85. Schapiro, S. C., Abdominaler und vaginaler Kaiserschnitt im Genfer Frauenspital 1907—1911. Inaug.-Diss. Geneve 1911.
86. Schauta, F., Narbe nach extraperitonealem Kaiserschnitt. Zentralbl. Nr. 9. (Schauta demonstriert ein Präparat, aus dem hervorgeht, dass infolge der Narbe nach der Sectio caesarea extraperitonealis die Gefahr der Cervixruptur besteht.)
87. *— Diskussionsbemerkungen. Zentralbl. Nr. 40.

88. Schell, J. T., Some unusual indications for cesarean operation. Surg. gyn. and obst. 15. 2.
89. Schick, F., Über einen Fall von Uterusruptur nach vorausgegangenem klassischem Kaiserschnitt. Deutsche med. Woch. 1911. 37.
90. Tweedy, E. H., Symphysiotomy, Pubiotomy and Cesarean section. The Lancet. Nov. 30. (Demonstration einer Patientin, bei der alle drei Entbindungsmethoden angewendet worden waren.)
91. Tóth, St. v., 3 Fälle zervikalen Kaiserschnittes. Ref. med. Klin. Nr. 31.
92. — István, Harom cervicalis csàszàrmetszés. Aus der Sitzung des k. Ärztevereins am 13. April; ref. Orvosi Hetilap. Nr. 28. (Bericht über 3 Fälle von zervikalem Kaiserschnitt nach Latzko.) (Temesváry.)
93. Vallois, Déformations rachitiquès et césarienne iterative. Bull. de la soc. d'obst. de Paris etc. Dec. 1911.
94. Wargasowa, Klassischer und extraperitonealer Kaiserschnitt in der Landpraxis. Nowoje e Medizine Nr. 19. (Im Jahre 1909 wurde im Landschaftshospital zu Smolensk 7 mal der Kaiserschnitt wegen Beckenenge ausgeführt, 4 mal der klassische, 3 mal der extraperitoneale. Letztere Methode ist nicht günstiger Resultate wegen aufgegeben.) (H. Jentter.)
95. Wenczel, T., Hebosteotomie und 4 Fälle von Sectio caesarea. Ref. Zentralbl. Nr. 31.
96. Wyss, A., Beitrag zur Uterusruptur nach Kaiserschnitt. Beitr. 17. 3.
97. Zaborowski, Einige Bemerkungen zum Kaiserschnitt, gestützt auf eigene Erfahrungen. p. 147—151. Verh. d. gyn. Sekt. d. XI. Vers. poln. Ärzte. Krakau 1911. cf. Kap. I. Verhandluugen.
98. — Einige Bemerkungen über Kaiserschnitt an der Hand eigener Erfahrungen. Przeglad Lekarski. Nr. 11. p. 198. Polnisch. (Verf. sucht die moderne Richtung die den klassischen Kaiserschnitt zu verdrängen trachtet, abzuschwächen, indem er zugunsten des klassischen Kaiserschnittes eintritt. In dem geburtshilflichen Asyl, dessen Vorstand er ist, wurden binnen 6 Jahren von ihm und den anderen Anstaltsärzten 25 Kaiserschnitte ausgeführt und zwar in einem Asyl, welches modernen Ansprüchen in keiner Beziehung entspricht. Es genüge anzuführen, dass gekochtes Wasser nur von einem Teekessel geliefert wird. Indikationen für diese 25 Operationen, ausgeführt an 21 Frauen: 3mal absolute Beckenenge, 16mal der Wunsch, ein lebendes Kind zu erzielen bei Konjugata unterhalb 10 Zent, 2mal Eklampsie, 2mal Beckenenge und vorausgegangene Ventrofixation des Uterus, 1mal Narbenstenose nach früher operativ verschlossener Vesikovaginalfistel, 1mal Narbenstenose der Vagina puerperalen Ursprunges, 2mal wurde sub operatione der Uterus amputiert, 9mal wurden an den Tuben Operationen gleichzeitig ausgeführt, Sterilisation etc. 14mal kamen die Frauen kreissend in das Asyl, 11mal waren sie in der Stadt vom Arzt oder Hebamme untersucht und zugeschickt, 3mal wurde die Frau vom Rettungswagen eingeliefert nach vergeblichen Entbindungsversuchen zu Hause. 5 Primiparientes, 4mal wiederholter Kaiserschnitt. 8mal war das Fruchtwasser vor Einlieferung abgegangen. Auf diese 25 Operationen kommen 2 Todesfälle. Einmal vereiterte die Uteruswunde, im zweiten Falle war das Nahtmaterial nicht genügend sterilisiert gewesen. Der Termin zwischen Operation und Geburtsbeginn schwankte zwischen 2 Stunden und zwei und einem halben Tage. Im Anschluss hieran beschreibt Verf. sein Operationsverfahren, Vorbereitung, Technik etc. und schliesst mit der Schilderung der Gefahren des extraperitonealen Operierens und mit dem Vorwurfe, man könne dabei die Frau nicht gleichzeitig sterilisieren, weil ohne Eröffnung der Bauchhöhle kein Zutritt zu den Eileitern gegeben sei, während doch die meisten Frauen sich dem Kaiserschnitt nur unterziehen unter der Bedingung, dass eine weitere Schwängerung unmöglich gemacht werde bei der Operation. Der extraperitoneale Kaiserschnitt stehe unendlich viel höher und sei viel allseitiger als die noch vor kurzem angewandte Pubiotomie, habe aber mit ihr sehr viele Schattenseiten gemein. Als Methode der Wahl stellt Zaborowski den klassischen Kaiserschnitt als par excellence chirurgische Operation ganz bedeutend höher als den extraperitonealen Weg.) (v. Neugebauer.)

Die Frage ob extra- oder transperitoneal vorzugehen sei, ob zervikaler oder corporealer Kaiserschnitt anzuwenden sei, steht noch im Mittelpunkt der Diskussion.

In infizierten Fällen haben wohl die meisten Geburtshelfer den extraperitonealen Kaiserschnitt aufgegeben.

Nur Küstner (51), der bei 72 extraperitonealen Kaiserschnitten nur 4 tote Kinder, trotz weitgehender Indikationsstellung hatte, sagt, dass ihm kein Grad von Infektion, kein Grad von Infektionsverdacht die Kontraindikation für den extraperitonealen Kaiserschnitt abgegeben hat. Die Mortalität an Keimwirkung betrug 0 %, gelegentlich bestanden längerdauernde Eiterungen, 6 mal wurde die Blase verletzt. Wird versehentlich das Peritoneum eröffnet, so wird es im allgemeinen verlässlich genug sein, transperitoneal zu operieren, die Cervix zu nähen und das Peritoneum mit Gaze zu drainieren. Sonst kann man den Porro machen, oder auch die Operation abbrechen, den Bauch schliessen und die Perforation machen. Dem extraperitonealen Kaiserschnitt gehört die Zukunft auf dem Gebiet der Behandlung der Geburten bei engem Becken.

Bumm (8) hat bei aseptischen Fällen bei Verlegung des Schnittes in den unteren Uterusabschnitt auffallend günstigen und leichten Heilungsverlauf beobachtet. In septischen oder infektionsverdächtigen Fällen ist der Kaiserschnitt eine grosse Gefahr für die Mutter. Macht man ihn dennoch, so scheint die extraperitoneale Methode mehr Vertrauen zu verdienen als die transperitoneale. Man soll möglichst kleine Bindegewebswunden machen und die Wunden nicht offen behandeln.

Franz (26, 27) hält bei infektionsverdächtigen Fällen den transperitonealen Kaiserschnitt für genau so brauchbar wie den extraperitonealen. Bei infizierten Fällen ist Porro anzuwenden. Die Schwierigkeiten, die infektionsverdächtigen Fälle für transperitonealen Kaiserschnitt oder Perforation abzugrenzen, können nur durch grosse Erfahrung überwunden werden.

Mackenrodt (Diskuss.) ist, wenn die Konjugata nicht unter 7 cm ist, für den vaginalen Kaiserschnitt. Im übrigen ist der extraperitoneale zuverlässiger.

Henkel (38) sagt, dass der extraperitoneale, zervikale Kaiserschnitt trotz seiner vielen Modifikationen nicht das gehalten hat, was man sich von ihm versprach. Unter 33 transperitoneal operierten Fällen starb eine Frau an Infektion. In sicher infizierten Fällen ist der Uterus abzusetzen.

Schauta (87) ist kein absoluter Gegner des extraperitonealen Kaiserschnittes, aber die Berechtigung der Verdrängung des klassischen Kaiserschnittes ist nicht einzusehen. Schauta hat 200 klassische Kaiserschnitte ohne Todesfall gemacht, aber genaue Auswahl ist vonnöten. Die Morbidität des extraperitonealen Kaiserschnittes ist eine sehr grosse. Jedenfalls ist für sicher aseptische Fälle der alte, klassische Kaiserschnitt beizubehalten.

Peterson Reuben (71) bespricht die Chancen der verschiedenen Entbindungsarten bei unreinen Fällen, und teilt klinisch die Fälle folgendermassen ein:

1. Zweifellos septische Fälle mit Fieber, missfarbigem Fruchtwasser etc.
2. Wahrscheinlich infizierte Fälle, wiederholt untersucht, ev. Entbindungsversuche, gesprungene Blase, kein Fieber, kein missfarbiger Ausfluss.
3. „Suspekte Fälle". Länger gesprungene Blase ohne Untersuchungen, oder stehende Blase mit zahlreichen Untersuchungen. Kein Entbindungsversuch, kein Fieber, kein missfarbiges Fruchtwasser. Er empfiehlt folgendes Vorgehen:

In der 1. Klasse von Fällen bei relativer Indikation Kraniotomie, bei absoluter Indikation modifizierter Porro, keinesfalls extraperitonealer Kaiserschnitt.

In der 2. Klasse bei relativer Indikation ev. Kraniotomie, auch des lebenden Kindes, keinesfalls Pubiotomie, sondern ein modifizierter Porro mit retroperitonealer Versorgung des kauterisierten Stumpfes. Auch hier ist die extraperitoneale Sectio zu gefährlich.

In der 3. Klasse ev. klassische Sectio mit besonderen Vorsichtsmassregeln,

Vorwälzen des uneröffneten Uterus, Schutz des Peritoneum, Entfernen der Plazenta durch die Vagina, aber nicht, wie von manchen empfohlen Ausspülung der Uterushöhle.

VI. Placenta praevia, Retention der Plazenta und der Eihäute.

1. Macfarlane, W. D., Central Placenta praevia treated by cesarean section. Lancet. Dec. 21.
2. Parker, Davis E., Kaiserschnitt bei Placenta praevia. Monatsschr. 36. (7 Fälle mit gutem Erfolg für die Mutter. 4 Kinder starben.)
3. Rogoff, M., Über manuelle Lösung der Plazenta. Monatsschr. 36. 2.

VII. Varia.

1. Adair, F. L., Study on the influence of Momburgs on blood pressure Pulse, respiration and Temperature. Surgory gyn. and obstr. Febr.
2. Aschheim, Die Therapie des engen Beckens. Med. Klinik 44. (Übersichtsreferat.)
3. Brockhausen, H., Zur Therapie des tiefen Querstandes. Inaug.-Diss. Freiburg 1910.
4. *Bumm, E., Diskussionsbemerkungen. Zentralbl. Nr. 14.
5. Canestro, C., Momburgsche Blutleere und Glandulae suprarenales. Rev. de chir. 1911. Nr. 12.
6. Doléris, J., Geburtshindernis durch Cervixverschluss. Verlängerte Schwangerschaft. Hysterektomie ohne Eröffnung des Uterus. Gynecologie Nr. 2.
7. Fetzer, M., Über Geburtsleitung bei engem Becken. Ein klinischer Versuch. Arch. f. Gyn. 97. 3.
8. Franqué, O. v., Über komplette und zentrale Dammrisse und ihre Behandlung. Frauenarzt 1911. H. 9.
9. Frigyesi, J., Die Anwendung der Momburgschen Blutleere in der Geburtshilfe. Abhandlungen aus dem Gebiet der Geburtshilfe und Gynäkologie. Tauffer. 2. 1. (Das Momburgsche Verfahren ist ausgezeichnet, soll aber nur angewendet werden, wenn alle anderen Hilfsmittel versagen. Da es ungefährlicher ist als die Dührssensche Tamponade, soll es schon angewendet werden, wenn die Indikation zu dieser gegeben ist. Bei gynäkologischen Operationen wird das Verfahren nur ganz ausnahmsweise anzuwenden sein.)
10. Herzfeld, K. A., Moderne Indikationsstellung für geburtshilfliche Operationen. Wiener med. Wochenschr. Nr. 3, 11, 17.
11. Jolly, R., Die Atonia uteri und ihre Behandlung. Med. Klinik 43.
12. Labhardt, A., Zur operativen Behandlung der Postpartumblutungen. Zentralblatt Nr. 23.
13. Mosbacher, E., Beiträge zur Ätiologie und Therapie der Uterusruptur. Inaug.-Diss. 1911.
14. *Nagel, Diskussionsbemerkung. Zentralbl. Nr. 14.
15. Norris, Ch., Komplette Ruptur des Beckenbodens. Amer. journ. of obst. and dis. June.
16. Parker, Davis E., Eine Methode zur Kontrolle der Postpartumblutungen vermittelst manueller Kompression der Aorta. Kaiserschnitt bei Placenta praevia. Monatsschr. 36. (Die zur Faust geballte Hand wird innerhalb des Uterus über den Beckeneingang bis zur Teilungsstelle der Aorta gebracht und die Aorta mit den Knöcheln komprimiert.)
17. Platz, W., Das Recht des ungeborenen Kindes auf Leben. Inaug.-Diss. Freiburg 1910.
18. Polak, J. O., Indikationsstellung bei Schwangerschaftstoxikosen und die Wahl der Operationsmethode. Surg. gyn. and obstet. 15. 2.
19. Pottet, M., Technik der Naht der Verletzungen von Vagina, Vulva, Damm und Rektum nach spontaner oder künstlicher Entbindung. Revue prat. d'obst. April.

20. Robertson, R., Lateral Incision of the Perineum. The Brit. Med. Journ. March 30. (Mit Diskussion.)
21. *Schauta, F., Die Behandlung der Geburt nach operativer Antefixation. Monatsschrift 35. H. 2.
22. Schwarzwäller, Handgriff zur Verbesserung der Stellung des Kopfes. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 7.
23. Sellheim, H., Über Geburtsvorgang und Geburtsleitung beim engen Becken. Sammlung klin. Vortr. Gyn. Nr. 239.
23a. Speranskaja-Bachmetewa, Die Momburgsche Methode vom experimentellen Standpunkte aus. Journal akusch. i shensk. boles. Dezember. (Speranskaja-Bachmetewa hat 24 Experimente an kurarisierten Hunden angestellt. Nach Anlegung des Momburgschen Schlauches steht die Blutung aus allen Gefässen der unteren Körperhälfte vollkommen. Das Schwinden des Femoralispulses kann nicht als Massstab für die Schnürung dienen: Es bedeutet nur, dass die Blutzirkulation dem Stillestand nahe ist; wird das Gefäss sofort nach Schwinden des Pulses eröffnet, so fliesst das Blut noch recht stark. Läsionen der inneren Organe kamen nicht zur Beobachtung, obwohl der Schlauch von 1½ bis 2 Stunden 20 Minuten lag (Elastizität der Bauchdecken). Der Schlauch legt sich immer an derselben Stelle: etwas oberhalb der Art. mesent. inferior. Sofort nach Anlegung des Schlauches steigt der Blutdruck in der Karotis bedeutend, um sofort wieder zu fallen, bleibt aber während der ganzen Zeit, solange der Schlauch liegt, höher als in der Norm. Beim Abnehmen des Schlauches fällt der Blutdruck rapide unter die Norm, um bald wieder die Norm zu erreichen. Um die Harnabsonderung zu prüfen, hat Verf. Versuche angestellt, in denen der Harn aus jedem Harnleiter mittelst Glaskanülen gewonnen wurde. Vom Moment des Anlegens des Schlauches ab bleibt jegliche Harnabsonderung stehen. Nach Abnehmen des Schlauches beginnt sie wieder ohne Verzögerung. Der Schlauch beeinträchtigt die Nierenfunktion wenig und bedingt im ferneren keine Verhaltung des Harnes. Liegt er kurze Zeit (z. B. 20 Minuten), so leidet die Funktion der Niere in keiner Weise; liegt er jedoch lange, so wird die Leistung der Niere herabgesetzt, was durch Auftreten von Albuminurie und Verlangsamung der Harnsekretion bewiesen wird (Stauungserscheinung). Die Funktion der Nerven und Muskeln wurde am Ischiadikus und den Beinmuskeln geprüft. Längere Zeit (1 Stunde 5 Minuten) bleibt die elektrische Reizbarkeit des Ischiadikus unbeeinträchtigt, dann fällt sie rapide bis 0, bleibt so bis zum Abnehmen des Schlauches und steigt darauf in wenigen Minuten zur Norm. An 4 Versuchen wurde der Einfluss des Schlauches auf die Gebärmutter untersucht. Bei trächtigen Hündinnen wurden die Früchte aus dem Uterus entfernt, darauf in denselben 2 Kondome gelegt, welche mit dem Mareyschen Apparate verbunden waren. Es konnte konstatiert werden, dass das Anlegen des Schlauches Uteruskontraktionen nicht auslöst. Auch der Uterustonus wurde in keiner Weise alteriert.) (H. Jentter.)
24. Sigwart, W., Momburgscher Schlauch oder Tourniquet? Zentralbl. Nr. 23. (Polemik gegen Gauss, Empfehlung des Momburgschen Verfahrens.)
25. Steffan, P. H. K., Die modernen Bestrebungen in der operativen Geburtshilfe und ihr Einfluss auf die Verschiebungen in der Indikationsstellung. Inaug.-Diss. Freiburg i. Br.
26. La Torre, Über die abdominale Aortenkompression mit einer um die Taille gelegten komprimierenden Bandage. La Gynecologie 16. 1. (Prioritätsansprüche gegen Momburg.)
27. Waldstein, E., Die transversale Episiotomie. Volkmanns Sammlung, Gynäkologie 235.

Über die Leitung der Geburt nach operativer Antefixation liegen mehrere beachtenswerte Äusserungen vor.

Nach der Ansicht Schautas (21) wird die Sectio caesarea bei Antefixationsgeburten viel zu häufig ausgeführt, da man sich oft mit dem Gedanken abgefunden hat, dass die Geburt auf natürlichem Wege unmöglich sei, ohne dies erst versucht zu haben. Sie ist natürlich nicht ganz zu verwerfen, aber jedenfalls einzuschränken.

Auch Bumm (4) glaubt auf Grund von 12 Fällen, dass mit der Wendung fast in allen Fällen der Kaiserschnitt zu umgehen ist.

Nagel (14) fand nach einer Ventrofixation den Uterus kurz vor der Geburt in normaler Lage, so dass eine normale Entbindung zu gewärtigen war, und konnte nicht recht begreifen, warum in diesem Fall dann doch der Kaiserschnitt gemacht wurde.

Beckenerweiternde Operationen.

Referent: Professor Dr. K. Baisch, München.

1. *Croom, J. Halliday, Einige Betrachtungen über das enge Becken. Transact. of the Edinb. obstetr. soc. 1911.
2. *Deus, Über spätere Geburten nach Hebosteotomien auf Grund von 17 Fällen der K. Charité-Frauenklinik. Gynäkolog. Rundschau 6. Jahrg. 12. Heft.
3. *Eisenreich, Über wiederholte Geburten nach Hebosteotomien. Bayerische Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. Sitzung v. 7. VII. Münchn. med. Wochenschr. p. 1932.
4. Engel, Zur Symphyseotomiefrage. Inaug.-Diss. Bonn 1911. Zentralbl. f. Gyn. p. 1293.
5. Fetzer, M., Über Geburtsleitung beim engen Becken. Arch. f. Gyn. Bd. 97. p. 596.
6. *Frank, Der subkutane Symphysenschnitt. 84. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Münster i. W. 15.—21. IX.
7. *Jacobson, Die Hebotomie in Amerika. New Yorker med. Monatsschr.
8. Jung, Die Behandlung des engen Beckens in Praxis und Klinik. Frauenarzt.
9. *Kehrer, Die subkutane Symphyseotomie in der Therapie des engen Beckens. Gynäkol. Gesellsch. zu Dresden. Sitzg. v. 17. Okt. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 134.
10. Kosmak, Demonstration eines Falles von Pubiotomie. New York. Obstetr. Society. April.

10a. Kriwsky, Ein Fall von Pubiotomie. Wratsch. Gaz. Nr. 6. Sitzg. der Ärzte d. Obuchow-Hospit. zu St. Pet. (II para. Conj. vera 8 cm. 20 Stunden nach dem Blasensprung linksseitige Hebosteotomie nach Döderlein. Extraktion des Kindes (3250 g). Im Wochenbett Erysipelas und Phlegmone. Heilung. Einzige Beschwerde: Schmerzen bei der Adduktion. Röntgenoskopisch: Verwachsung nicht knöchern, Knochen nicht disloziert.) (H. Jentter.)

10b. — Der gegenwärtige Stand der Hebosteotomie. Wratsch. Gaz. Nr. 35. (Secundapara, Conj. diag. 10 cm, 20 Stunden nach Abfluss des Fruchtwassers Operation nach Döderlein. Forceps. Im Wochenbett Erysipelas. Heilung. Tadellose Gehfähigkeit. In einem anderen Falle, wo schon 2 mal hebosteotomiert wurde, trat der Kopf ins Becken nicht ein, weshalb der Kaiserschnitt nach Fritsch ausgeführt wurde. Verf. gibt eine tabellarische Zusammenstellung von 76 Spontangeburten nach Hebosteotomie, 26 wiederholten Hebosteotomien und 15 Kaiserschnitten nach Hebosteotomie. Schlusssätze: Die Hebosteotomie muss ihren bestimmten Platz in der Geburtshilfe behaupten, ohne eine Panacee bei Beckenenge zu sein. Bei Multiparen, mit einer Vera nicht unter 7 cm, ist sie relativ ungefährlich und Operation der Wahl. Mit grosser Vorsicht könnte die Hebosteotomie auch bei I paren ausgeführt werden, falls ihr nur die Perforation des lebenden Kindes gegenübergestellt wird und der Kaiserschnitt ausgeschlossen ist. In diesen Fällen ist den Weichteilen besondere Aufmerksamkeit zu schenken (Schuchardt-Schnitt). Die Methode nach Döderlein ist die beste. Nach Ausführung der Hebosteotomie ist die Geburt sofort zu beendigen (Forzeps, Wendung). Die postoperative Behandlung verlangt keine besondere Vorrichtungen; frühe Seitenlage ist durchaus zu empfehlen. Die Verheilung der Knochenenden tritt spät ein und ist bald knöchern, bald bindegewebig. Eine dauernde Erweiterung des Beckens ist selten, was ohne Zweifel einen Nachteil der Operation bildet. Nach zweimaliger Hebosteotomie kann bei der folgenden Geburt die Lösung der Frage über die Entbindungsweise schwer fallen.) (H. Jentter.)

11. *Kupferberg, 5 Fälle von Symphyseotomie nach Frank. Mittelrheinische Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. v. 28. Jan. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 109.
12. — Zur Symphyseotomie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 125.
13. Lamond, Lackie, Pubiotomy. Edinburgh Obst. Soc. 8. Mai. Royal Academy of Med. p. 1129. (3 Fälle mit vollem Erfolg. Lamond empfiehlt, vor der Hebosteotomie

stets einen Zangenversuch zu machen und die Operation bei Erstgebärenden nicht vorzunehmen. In der Diskussion sprechen: Ferguson, Fordyce. Keppie, Paterson, Young, Armour, Johnstone.)
14. Lehrer, Über den Einfluss der beckenspaltenden Operationen auf die nachfolgenden Geburten. Inaug.-Diss. Berlin 1911. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 92.
15. Loeschke, Untersuchungen über Entstehung und Bedeutung der Spaltbildungen in der Symphyse, sowie über physiologische Erweiterungsvorgänge am Becken Schwangerer und Gebärender. Arch. f. Gyn. Bd. 96. p. 525.
16. Minuchin, Über die Ruptur der Symphysis ossium pubis unter der Geburt. Wiener klin. Rundschau. Nr. 44—45.
17. Morse, A. H., Die Pubiotomie bei Gesichtslage. Surgery, Gynaecology and Obstetrics II. Zentralbl. f. Gyn. p. 1293.
17a. Potejenko, Zwei Fälle von Hebosteotomie nach Tandler. Russki Wratsch. Nr. 25. (1. 25 jährige IV para (alle Kinder tot). Conj. ext. $17^1/_2$, diag. 10, vera $8^1/_4$. Hebosteotomie, Forzeps, manuelle Plazentalösung. Im Wochenbett Urethralfistel. Pat. fing am 34. Tage an zu gehen. Die Fistel wurde später operativ geschlossen. Knochenverwachsung bindegewebig. 2. 38 jährige V para. Becken normal. Wegen Wehenschwäche Zangenversuch; Simpson glitt ab, Busch ohne Erfolg. Weil das Kind noch lebte, Hebosteotomie. Forzeps. Kind 11 Pfund schwer, 59 cm lang, Kopfumfang 41, tief asphytisch, nicht wieder belebt. Unbedeutende Harnfistel. Pat. verliess das Bett am 20. Tage. Knochenverwachsung bindegewebig. Die Beckenmasse sind in beiden Fällen unverändert geblieben. Die Hebosteotomie wird in der Praxis wohl kaum Verbreitung finden, und in naher Zukunft die Perforation des lebenden Kindes nicht verdrängen können. Die Methode nach Tandler ist chirurgisch zu nennen, und ist gefahrloser und bequemer als die subkutanen Methoden.) (H. Jentter.)
18. Rotter, Henrik, Eljánás a zük medenczék megyzógzitásána. Aus der Sitzung der gynäkologischen Sektion des Kgl. Ärztevereins am 19. März; ref. Orvosi Hetilap, Gynaekologia. Nr. 3. . (Rotter empfiehlt zur ständigen Heilung des engen Beckens bei Frauen, bei welchen schon vorhergegangene Geburten die Unwegsamkeit des Beckens bestätigten, in nicht schwangerem Zustande die Abmeisselung des vorspringenden Promontorium per laparotomiam vorzunehmen, wodurch der gerade Durchmesser um $1^1/_2$—2 cm verlängert würde. Als untere Grenze für die Operation nimmt er eine Conj. vera von 7 cm an. — Er schildert genau die Technik der einfachen Operation, welche er am Kadaver genügend erprobt hat.) (Temesváry.)
18a. — Szük medancze meggyógyitasa. Gyógyászat. Nr. 50. (Bei einer 32 jährigen VIII para mit allgemein verengtem Becken (Conj. ver. 7,8) führte Rotter seine becken-erweiternde Operation in nicht schwangerem Zustande, also prophylaktisch aus. Das stark vorspringende Promontorium wurde durch die Laparotomie freigelegt und abgemeisselt, wobei keinerlei Blutungen oder sonstige Zwischenfälle zu beobachten waren. Nach der Rekonvaleszenz ist das Gehvermögen und die Beweglichkeit der Frau ungestört; an Stelle des Promontorium ist eine glatte Fläche zu tasten.) (Temesváry.)
18b. Rühl, Die prophylaktische Ablösung der Harnblase bei Ausführung der Pubiotomie. Zugleich Bemerkungen zu den Ausführungen des Herrn Prof. Kroemer auf p. 1487 in Nr. 43 des Zentralblattes für Gynäkologie d. J. 1911 und dessen Aufsatz „Die Berechtigung der Pubiotomie“ in Nr. 36 d. J. 1910 der Deutschen medizinischen Wochenschrift. Zentralbl. f. Gynäkologie. p. 205. (Prioritätsansprüche.)
19. Scipiades Elemér, A medenczeátfüsészelés és a hasüaön kivuli méhszakaszon a hasfalon át végzett császármetszés. Orvosi Hetilap. Gynaekologie. Nr. 2. (Bericht über 14 Hebosteotomien und 9 präperitoneale Kaiserschnitte. Nach Scipiades ist eine Conj. vera von 7,5 cm die Grenze für Hebosteotomie; ausserdem müssen die weichen Geburtswege für den Durchtritt geeignet sein, eine manifeste Infektion und Varikosität der Geschlechtsteile fehlen. Der Durchsägung des Beckens ist die sofortige Entbindung anzuschliessen und die Hautwunden sofort zu vernähen. Ist die Hebosteotomie kontraindiziert, so tritt der präperitoneale Kaiserschnitt, am besten nach der Methode von Latzko, in sein Recht; er ist auch statt dem klassischen Kaiserschnitt für ausserhalb der Anstalt voruntersuchte Fälle zu empfehlen; infizierte Kreissende sind auszuschliessen.) (Temesváry.)
19a. — Hebosteotomia és praeperitonealis esászánmeterés. Aus der Sitzung des Kgl. Ärztevereins am 11. Mai; ref. Orvosi Hetilap 34. (Bericht über 14 Hebosteotomien

mit 8, und 10 präperitoneale Kaiserschnitte nach Latzko mit 3 späteren Geburten. Er empfiehlt in der Therapie der Geburt bei engem Becken die chirurgischen Eingriffe den Kompromiss-Operationen, wie der prophylaktischen Wendung, künstlichen Frühgeburt und der hohen Zange, vorzuziehen, da jene für Mutter und Kind bessere Resultate ergeben.) (Temesváry.)

19b. Seeligmann, Hebosteotomie. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. v. 23. IV. Deutsche med. Wochenschr. p. 1715. (2 malige Hebosteotomie, 1 mal rechts und 1 mal links, bei einem platt rachitischen Becken mit einer Vera von 6,5 cm. Beide Male voller Erfolg für Mutter und Kind. Seeligmann macht die Hebosteotomie bei platt rachitischen Becken bis herab zu einer Vera von 6 cm.)

20. *Straub, Zur Frage der Therapie beim engen Becken. Inaug.-Diss. Freiburg.

21. Tweedy, Cases illustrating the operations of symphyseotomy, Pubiotomy and caesarean section. Royal academy of medecine in Ireland. 8. Nov. The Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British empire, p. 308. (Demonstration einer Patientin, bei der Tweedy nacheinander Symphyseotomie, Pubiotomie und Kaiserschnitt bei 3 Geburten gemacht hat mit vollem Erfolg für Mutter und Kind. Beim Kaiserschnitt Sterilisation.)

22. *Van de Velde, Sur l'hebosteotomie. Deuxième memoire. Archives mensuelles d'Obst. et de Gyn. p. 26. Janvier.

23. Wagner, Operativ geheilte Blasenhernie im Knochenspalt nach Hebosteotomie. Demonstration. Geburtsh.-gynäk. Gesellsch. in Wien. Sitzg. v. 13. Juni 1911. Zentralbl. f. Gyn. p. 241. (Naht der Knochenenden nach Lösung der prolabierten Blase, Naht des mobilisierten Periostes. Glatte Heilung, noch nach $2^1/_2$ Jahren bestätigt.)

24. *Wesenberg, Demonstration des Beckens einer $2^1/_2$ Jahre nach der Pubiotomie verstorbenen Frau. Nordwestdeutsche Gesellsch. f. Gyn. Sitzg. v. 9. Nov. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1913. Bd. 37. p. 684.

25. Wallace, Hebosteotomy. Liverpool Medical Institution. 24. Okt. The Lancet p. 1221. (Wallace berichtet über 4 Fälle von Hebosteotomie. Er war von 2 Fällen, in denen er die offene Methode vor 6 Jahren angewendet hat, nicht befriedigt, hat aber jetzt 2 mal mit der subkutanen Methode vollen Erfolg für Mutter und Kind erzielt. Er hält die Operation besonders bei mässiger Beckenverengerung und völlig erweiterten Geburtswegen für vorteilhaft.)

26. Young, James, Geburt bei im Ausgang verengtem Becken. Verhandlungen der Edinburgh Obstetrical Society. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 693. (Hebosteotomie nach Döderlein, Zange bei Vorderhauptslage. Voller Erfolg. In der Diskussion berichten Holliday Croom und Hamond Lackie über je einen günstigen Fall.)

Halliday Croom (1) empfiehlt die Hebosteotomie nur in ausgewählten Fällen. Bei Erstgebärenden hat man zu wählen zwischen Kaiserschnitt und künstlicher Frühgeburt, ebenso bei Mehrgebärenden zwischen Kaiserschnitt und Hebosteotomie. Die Hebosteotomie kommt im wesentlichen in Betracht bei mässig verengtem Becken, wenn nach längerem Abwarten der Kopf nicht eintritt. Hier ist sie der hohen Zange vorzuziehen. Ferner kann sie statt der Kraniotomie gemacht werden, wenn ein hoher Zangenversuch keinen Erfolg hat. Nach der Hebosteotomie soll die Spontangeburt abgewartet und die Zange nur angelegt werden, wenn das Kind in Gefahr ist.

Deus (2) berichtet über 79 Fälle wiederholter späterer Geburten nach Hebosteotomien. In 58 Fällen wurde das spätere Kind spontan geboren oder es konnte durch Zange oder Wendung entwickelt werden. Nur in 21 Fällen war bei der späteren Geburt ein neuer operativer Eingriff nötig.

Daraus folgt nach dem Verf., dass durch die Hebosteotomie auch ein therapeutischer Erfolg und eine Erweiterung des Beckens zu erzielen ist, da die spontan geborenen Kinder bei späteren Geburten zum Teil auch schwerer waren als die durch Hebosteotomie entwickelten. Nur in 15 % aller Fälle war kein Erfolg der beckenerweiternden Operation für die spätere Gebärfähigkeit zu konstatieren.

Nach Eisenreich (3) wird die Hebosteotomie an der Frauenklinik München

nur noch bei einer Conjugata vera von mindestens 7,5 cm und bei völlig erweiterten Weichteilen, nicht aber bei Erstgebärenden angewandt. Sonst der extraperitoneale Kaiserschnitt. Aus der Literatur konnte Eisenreich 92 Fälle späterer Schwangerschaft nach Hebosteotomie zusammenstellen. Dabei kam es in 27 Fällen zu Fehl- und Frühgeburten. Von den übrigen 65 hatten 30 Frauen spontane Geburten oder leichte künstliche Entbindungen, 4 Perforationen des Kindes, 31 mal erneute Hebosteotomie, Symphyseotomie oder Sectio caesarea; darunter sind allerdings Fälle mit einer Conjugata vera von 7 cm und darunter.

An der Münchener Klinik wurde die Hebosteotomie 36 mal gemacht, davon konnten 26 wieder ermittelt werden. Davon wurden 9 nicht mehr gravid, 4 hatten teils spontane, teils künstliche Frühgeburten, die übrigen 13 bekamen ausgetragene Kinder, davon 8 spontane Geburten, darunter ein Kind um 300 g leichter als die früheren; bei allen anderen waren die Kinder schwerer. Bei den restierenden 5 war nochmalige Hebosteotomie, Kaiserschnitt, Perforation des toten Kindes oder Zange (mit nachfolgendem Tod des Kindes) nötig.

Frank (6) tritt warm für den subkutanen Symphysenschnitt ein, der eine Reihe von Vorzügen gegenüber allen anderen Entbindungsmethoden besitzt, vor allem Asepsis der Wunde und Vermeidung von grösseren Blutungen. Es wird ein einfaches Messer mitten auf die Symphyse eingestochen, zuerst die untere Hälfte mit dem Lig. cruciatum, dann die obere Hälfte der Symphyse von vorne nach hinten durchtrennt. Der Einstich wird sofort mit einem tiefgehenden Catgutfaden geschlossen.

Für wichtig hält Frank, dass 1. beim Einstechen der Symphysenspalt möglichst zum Klaffen gebracht und gegen Schluss der Operation durch Zusammendrücken der Darmbeinschaufeln wieder geschlossen wird; 2. noch eine Zeitlang nach der Operation durch Druck auf die Symphyse Nachblutungen verhütet werden; 3. ein exakter Beckenverband angelegt wird und 4. bei Verdacht einer Blasenverletzung ein Dauerkatheter eingeführt wird.

Im ganzen hat Frank 91 Fälle operiert. Von 69 Mehrgebärenden starb keine Frau und kein Kind, von 22 Ertgebärenden 1 Frau und 7 Kinder. Erstgebärende sollen daher nur ausnahmsweise symphyseotomiert werden. Dagegen ist mässiges Fieber keine Kontraindikation.

Jacobson (7) berichtet über 10 eigene Fälle von Hebosteotomie, ausserdem über 43 in der amerikanischen Literatur beschriebene Beckenspaltungen. Meist wurde die Döderleinsche Methode angewendet; doch gibt Jacobson der offenen Methode wegen der besseren Blutstillung den Vorzug. Nach Entbindung und exakter Blutstillung wird die Wunde tamponiert, die Wundränder über dem Tampon provisorisch vereinigt. Erst nach 12 Stunden wird nach Entfernung der Tamponade die Wunde durch Knüpfen der provisorisch gelegten Nähte definitiv geschlossen. In den Fällen, wo ausschliesslich die Hebosteotomie gemacht wurde, ohne dass anderweitige Entbindungsversuche vorausgegangen waren, betrug die mütterliche Mortalität 0 %, die kindliche 10 %. Waren jedoch zuerst andere Operationen vorgenommen worden (Zangenversuch etc.), so stieg die Mortalität in 14 Fällen auf 21,5 %, die kindliche sogar auf 57 %.

Kehrer (9) tritt gleichfalls sehr entschieden für die subkutane Symphyseotomie ein, die er im wesentlichen nach der Methode von Frank ausgeführt hat. Er betont die ausserordentliche Einfachheit der Methode: durch einen nur der Höhe der Messerklinge entsprechenden Schnitt werden Haut und subkutanes Gewebe bis zum Symphysenknorpel durchtrennt; die Weichteilwunde wird dadurch auf ein Minimum reduziert. Die Abschiebung der Blase ist nicht nötig. Nebenverletzungen sind mit voller Sicherheit auszuschliessen.

Unter seinen 9 Fällen befinden sich 2 Erstgebärende mit weiter Scheide. Doch soll die Operation im wesentlichen für Mehrgebärende reserviert bleiben. Nach Durchtrennung der Symphyse wird unter Verabreichung von Pituitrin die Spontangeburt abgewartet, die meist sehr rasch erfolgt. Der einzige Nachteil der

Operation ist das Auftreten von Hämatomen, wenn das Corpus cavernosum clitoridis verletzt wird. Damit ist auch die Möglichkeit von Thromben gegeben. Soweit Nachuntersuchungen vorliegen, heilte die Durchtrennung der Symphyse unter Bildung einer Synchondrose; nur in 1 Falle trat bindegewebige Vereinigung ein. Bei beginnender oder erfolgter Infektion ist die Operation wegen der Möglichkeit der Infektion vorhandener Thromben kontraindiziert.

Unter den 9 Fällen wurde die Operation 5 mal bei allgemein verengtem, platt rachitischem Becken und 4 mal bei platt rachitischem Becken ausgeführt. Das unterste Mass der Conjugata vera war 6,9 cm.

Günstige Erfolge mit der Symphyseotomie von Frank berichtet auch Kupferberg (11), der bei Mehrgebärenden mit einer Vera zwischen 7,3 cm und 8,5 cm vollen Erfolg erzielt hat. Die Operierten heilten ohne jede Komplikation und wurden mit lebenden Kindern bei tadellosem Gehvermögen, kaum sichtbarer äusserer Narbe, ungestörter Blasenfunktion und Fehlen jeglicher Hämatombildung entlassen.

Straub (20) aus der Freiburger Klinik ist Gegner der Beckenspaltung, da 50 % aller Mütter ein mehr oder weniger fieberhaftes, lange dauerndes Wochenbett durchmachen und 25 % der Kinder trotzdem zugrunde gehen. Bei Erstgebärenden verwirft sie die Krönigsche Schule ganz. Bei Mehrgebärenden wird sie nur angewendet bei tiefstehendem Kopf, wenn frühere Geburten die spontane Gebärfähigkeit erwiesen haben.

Van der Velde (22) empfiehlt die Hebosteotomie bei Becken mit mässiger Verengerung, da sie hier wegen ihrer relativen Gefahrlosigkeit auch dem Kaiserschnitt überlegen ist. Die künstliche Frühgeburt und die Perforation des lebenden Kindes verwirft er vollkommen und hohe Zange und prophylaktische Wendung beschränkt er wegen ihrer Unsicherheit und Gefahr so sehr als möglich. Er tritt für die Überführung in eine Klinik bei engem Becken ein, wo auf Mutter und Kind am besten Rücksicht genommen werden kann.

Wesenberg (24) beschreibt ein interessantes Becken von einer Frau, die $2^1/_2$ Jahre nach der Pubiotomie gestorben war. Eine knöcherne Vereinigung war nicht eingetreten. Die Conjugata diagonalis war $^1/_2$ cm grösser als bei der Operation.

Er berichtet des weiteren über 28 Pubiotomien nach der Bummschen Methode ohne mütterlichen Todesfall und ohne ernstere Störung im Wochenbett. 26 Kinder wurden lebend, 2 tot geboren. Mit Ausnahme von 1 Fall, der mit starker Kallusbildung heilte, so dass in der nächsten Schwangerschaft Sectio caesarea gemacht werden musste, sind sämtliche späteren Geburten infolge eingetretener Beckenerweiterung günstig beeinflusst worden.

In der Diskussion zu dem Wesenbergschen Vortrag berichtet Rüder-Eppendorf über 4 wiederholte Geburten nach Hebosteotomie, von denen 3 spontan innerhalb 4—5 Stunden verliefen, während bei der 4. wieder Beckendurchsägung notwendig war.

X.

Gerichtsärztliche Geburtshilfe.

Referent: Prof. Dr. Stumpf.

a) Allgemeines.

1. Ärztliches Berufsgeheimnis. Urteil d. Reichsgerichts v. 14. Nov. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 25. 2. Beil. p. 261 u. Med. Klinik. Bd. 8. p. 2054. (Deservitenklage wegen Behandlung an Defloration; die Verletzung der Schweigepflicht seitens des Arztes wurde in der Zuziehung eines Rechtsanwalts und in der Aufsetzung der Klageschrift, in der die intimsten Geheimnisse der Kranken mitgeteilt wurden, gesehen; Verurteilung.)
2. Ärztliche Schweigepflicht. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 25. 2. Beil. p. 225. (Die Schweigepflicht erstreckt sich nicht nur auf die berufsmässigen, sondern auch auf die nur gelegentlichen Gehilfen des Arztes.)
3. Busse, O., Das Obduktionsprotokoll. IV. Aufl. Berlin 1911. R. Schötz.
4. Gottschalk, R., Grundriss der gerichtlichen Medizin einschliesslich Unfall- und Invalidenversicherung. Leipzig, G. Thieme. 4. Aufl.
5. Hildebrandt, Der gerichtlich-medizinische Nachweis der wichtigsten Gifte. Berlin, A. Hirschwald.
6. Holland, J. W., Textbook of Medical chemistry and toxicology. 3. Aufl. Philadelphia. W. B. Saunders and Co.
7. *Humbert, F., Das ärztliche Berufsgeheimnis; kritische Bemerkungen zur Reform des ärztlichen Berufsgeheimnisses unter spezieller Berücksichtigung der zürichischen Medizinalgesetzgebung. Inaug.-Diss. Zürich.
8. Janet, J., Conduite à tenir en cas de blennorrhagie matrimoniale. Journ. d'Urologie. Bd. 2. p. 577. (Janet verlangt bei Gonorrhoe bei Verheirateten die Beobachtung der Schweigepflicht gegenüber dem anderen Teil.)
9. Kahl, W., Der Arzt im Strafrecht. Jena 1911, G. Fischer. S. Jahresber. Bd. 23. p. 916.
10. Kalmus, E., Die kriminalistischen Aufgaben des Arztes nach gegenwärtigem und zukünftigem Recht. Prager med. Wochenschr. Bd. 37. p. 543. (Allgemeine Besprechung der an den gerichtlichen Gutachter zu stellenden Anforderungen.)
11. Kannegiesser, Die akuten Vergiftungen. Jena 1911. G. Fischer. (Kurze Übersicht.)
12. Klauber, O., Die Regierungsvorlage des Strafgesetzbuches vom Juli 1912. Prager med. Wochenschr. Bd. 37. p. 443. (Der österreichische Entwurf beseitigt eine besondere Strafbestimmung für Schwangere, die sich die Frucht von einem anderen abtreiben lassen und bestimmt für den Anstifter dieselbe Strafe wie für den Täter, für den sie das Strafmass erhöht; ferner werden positive Bestimmungen für das Operationsrecht der Ärzte geschaffen und die Verfügungsberechtigung der Minderjährigen vom 18. auf das 16. Lebensjahr herabgesetzt, die Einstellung einer Amme für ein luetisches Kind oder einer luetischen Amme unter schwere Strafe gestellt und endlich die Anzeigepflicht des Arztes bei Verbrechen, von denen er im Berufe Kenntnis erhält, beseitigt.)
13. Kobert, R., Kompendium der praktischen Toxikologie. 5. Aufl. Stuttgart, Enke.
14. *Lieske, H., Der ärztliche Eingriff im Spiegel des Rechts. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 1570.
15. *Loening, O., Das Berufsgeheimnis des Arztes nach dem Vorentwurf zu einem Deutschen Strafgesetzbuch. Reichs-Med.-Anzeiger 1911. Nr. 19.
16. Meyerstein, Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses. Med. Reform. Nr. 20.

17. Moll, A., Handbuch der Sexualwissenschaften, unter Mitwirkung von G. Buschan (Stettin), Havelock Ellis (West Draiton), Seved Ribbing (Lund), Weissenberg (Berlin) und Zieler (Würzburg). Leipzig. F. C. W. Vogel.
18. Morax, J., Le secret médical en obstétrique et gynécologie. Rev. méd. de la Suisse Romande. Bd. 32. Nr. 1.
19. Muratow, A., Über die Verantwortung der Gynäkologen bei zufälligen Verletzungen. IV. russ. Gyn.-Kongr. 1911. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 35. p. 225.
20. Nauwerck, C., Sektionstechnik für Ärzte und Studierende. Jena, G. Fischer. 5. Auflage.
21. Newell, F. S., The responsability of the obstetrician. Am. Journ. of Obstetr. Bd. 64. p. 966. (Allgemeine Bemerkungen.)
22. Physician privileged in diagnosing pregnancy in consultation room with sister of patient present. Journ. of Am. Med. Assoc. Bd. 58. p. 87. (Klage gegen einen Arzt wegen Mitteilung der Diagnose Schwangerschaft in Gegenwart der Schwester; Abweisung der Klage.)
23. Reese, J. J., Textbook of medical jurisprudence and toxicology. 8. Aufl. bearbeitet von D. J. Mc Carthy. Philadelphia. Blakistons Son and Co. 1911.
24. Reichel, H., Operation ohne Einwilligung des Patienten. Ärztl. Sachverständigenzeitung. Bd. 18. p. 245. (Paraffininjektion in die durch Narbenbildung atrophische Mamma einer erwachsenen Minderjährigen; es erfolgte Freisprechung, weil der Operateur die Einwilligung der Eltern voraussetzen konnte und daher nicht rechtswidrig gehandelt hat.)
25. *Schütze, W., Das Operationsrecht des Arztes mit besonderer Berücksichtigung des Falles der Bewusstlosigkeit des Patienten unter zivilrechtlicher Beleuchtung. Inaug.-Diss. Rostock 1911.
26. Vergely, Responsabilité chirurgicale. Journ. de méd. de Bordeaux. Bd. 42. p. 73. (Klage gegen einen berühmten französischen Chirurgen wegen Zurücklassung von 2 Kompressen im Rektum, Verurteilung zu 5000 Francs; in 2. Instanz Freisprechung.)
27. Wachholz, L., Demonstrationen aus dem Gebiete der gerichtlichen Toxikologie. II. österr. Amtsärztekongress. Krakau. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 1246. (Kurze Notiz.)
28. Wilhelm, Operationsrecht des Arztes und Einwilligung des Patienten in der Rechtspflege. Beitr. z. for. Med. Berlin, Adlerverlag. Bd. 1. H. 3. (Bekämpfung der Auffassung der Operation gegen den Willen des Kranken oder seines Vertreters als vorsätzliche Körperverletzung.)
29. Witthaus, R. A., Manual of Toxicology. London 1911. Baillière, Findall and Co.
30. Zangger, H., Die moderne Stellung der gerichtlichen Medizin; die Beziehungen zwischen Medizin und Recht. Beitr. z. Schweizerischen Verwaltungskunde. H. 9. Zürich, O. Füssli.
31. Ziemke, Glossen zum Strafgesetzentwurfe. Med. Klin. Bd. 8. p. 589). (Der aus ärztlichen Gründen eingeleitete Abortus und die Perforation des lebenden Kindes sind im Entwurfe durch den Notstandsparagraphen gedeckt. Über die Straffreiheit sachgemässer ärztlicher Eingriffe wird keine Bestimmung getroffen. Bezüglich der Schweigepflicht wird festgesetzt, dass höhere sittliche Pflichten dieser vorgehen.)

Lieske (14) wendet sich aufs Entschiedenste gegen die Auffassung der ärztlichen Operation als Körperverletzung und bedauert, angesichts der Verschiedenheit der herrschenden Rechtsanschauungen, dass der Strafgesetzentwurf besondere Regeln über die Strafbarkeit des ärztlichen Handelns nicht aufstellt. Die verschiedenen Auskunftsmittel, um den Operationsangriff straflos zu machen — Berufsrecht, Gewohnheitsrecht, Einwilligung etc. — werden als ungenügend eingehendst besprochen und der Satz verteidigt, dass eine kunstgerecht vorgenommene Operation niemals eine Körperverletzung ist.

Schütze (25) verwirft bei Besprechung der Frage von der Berechtigung einer Operation die Annahme eines ärztlichen Berufsrechtes und erklärt eine ohne ausdrückliche Einwilligung des Kranken (z. B. bei Bewusstlosigkeit) unternommene Operation dann für berechtigt, wenn sie dem wirklichen oder mutmasslichen Willen des Kranken entspricht und wenn sie im Interesse des Kranken liegt, d. h. zweckmässig ist. Der Arzt ist in solchen Fällen zum Schadenersatz verpflichtet, wenn er nicht beweisen kann, dass die Operation den Regeln der Heilkunde entsprach oder dass er wenigstens die Operation in entschuldbarer Weise für zweckmässig hielt, besonders weil er die Abwendung einer dringenden

Gefahr damit bezweckte, und dass ihm eine grobe Fahrlässigkeit dabei nicht zur Last fiel. Im Falle der Feststellung der Zweckmässigkeit ist der Kranke zum Ersatz für die Aufwendung und zur Honorarentrichtung verpflichtet.

Humbert (7) erklärt, dass Tatsachen, die den Patienten, dessen Ehre, Gesundheit und innere Verhältnisse berühren und infolge der besonderen ärztlichen Tätigkeit in Erfahrung gebracht werden, gerichtlich und aussergerichtlich unter die absolute Schweigepflicht fallen, dass dagegen Tatsachen, die mit höheren fremden Interessen, wie Leben, Gesundheit oder Rechtsgut anderer Art kollidieren, aussergerichtlich in die Rubrik Aussagefreiheit, gerichtlich in die Rubrik absolute Schweigepflicht kommen. Das zürichische Gesetz erhielt dementsprechende Fassung.

Loening (15) schlägt als Zusatz des Schweigepflichtparagraphen vor, dass die Offenbarung insbesondere nicht unbefugt sein soll, wenn sie zur Abwendung von Gefahr für Leben und Gesundheit einer Person erfolgt.

---

b) Impotenz und Sterilität.

1. Adler, O., Die mangelhafte Geschlechtsempfindung des Weibes. Berlin 1911. Fischer. (Vertritt die Ansicht, dass mangelhafte Geschlechtsempfindung als Anfechtungsgrund der Ehe in Betracht kommt.)
2. *Albrecht, H., Zur Formbildung des Geschlechtsgliedes. Frankf. Zeitschr. f. Pathol. Bd. 4. H. 3.
3. *Arzt, L., Zur Kenntnis des „fraglichen Geschlechtes“ (Homines neutrius generis Virchow). Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 232.
4. *Auvray, Fibrome utérin chez une femme pseudo-hermaphrodite accompagné d'une tumeur d'une de capsulés surrénales. Revue de Gynéc. et de Chir. abd. Bd. 18. Nr. 4.
5. *Babassinoff, A. Ch., Zwei Fälle von Pseudohermaphroditismus. Chir. Arch. Weljam. Bd. 28. p. 186. ref. Journ. d'Urol. Bd. 1. p. 875.
6. Blankingship, O. T., Two cases of ovulation and childbearing without menstruation. Journ. of Am. Med. Assoc. Bd. 58. p. 550. (2 Schwestern, die nie menstruiert waren und doch wiederholt empfangen und geboren haben.)
6a. Boerma, N. J. A. F., Schwangerschaft und Geburt bei Persistenz des Sinus urogenitalis. Berlin. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 2227. (Trotz Durchgängigkeit des persistierenden Sinus nur für den kleinen Finger war Konzeption eingetreten.)
7. *Castiglioni, G., Über einen Fall von angeborener Anomalie des Urogenitalapparates. Lo sperimentale. H. 5.
8. Cates, B. B., Congenital pelvic kidney. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 167. p. 853. (Vollständiges Fehlen von Uterus und Scheide, bei normaler Bildung der äusseren Genitalien; Ovarien vorhanden. Ausgesprochen weibliche Körperbildung.)
9. *Dawidoff, Fall von Hermaphroditismus. Russki Wratsch. 1911. Nr. 13. ref. Gyn. Rundschau. Bd. 6. p. 501.
10. *Diefenbach, H., Familiärer Hermaphroditismus. Inaug.-Diss. Berlin.
11. *Doléris, J. A., Geburtshindernis durch Cervixverschluss, verlängerte Schwangerschaft. La Gynécol. Nr. 2.
12. *Durlacher, Ein Fall von Pseudohermaphroditismus bei einem 1 $^{3}/_{4}$ jährigen Kinde und einer scheinbaren Zwitterbildung bei seinem $^{1}/_{4}$ jährigen Schwesterchen. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 2127.
13. Fordyce, W., Complete abscence of the vagina. Edinburgh Med. Journ. N. S. Bd. 9. p. 123. (19 jähriges Mädchen, Kastration.)
14. *Foscarini, R., Familiärer Pseudohermaphroditismus masculinus. Riv. Osped. Bd. 2. p. 225.
15. *Geddes, A. C., A specimen illustrating pseudo-hermaphroditismus. Brit. Med. Assoc. 80. Jahresvers. Section of Anatomy. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 769.
16. *Greensfelder, L. A., und L. C. Gatewood, Ein Fall von Pseudohermaphroditismus. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 15. Nr. 5.
17. *Grubenmann, S., Eine sagittale Verdoppelung der weiblichen Harnröhre. Frankf. Zeitschr. f. Path. Bd. 10. H. 1.
18. *Guggenheimer, H., Über Eunuchoide. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 107. H. 5/6.
19. Hirschfeld, M., Geschlechtsumwandlungen (Irrtümer in der Geschlechtsbestimmung). Berlin. Adler-Verlag.

20. Janezewski, W., Konzeption bei Amenorrhoe. Przegl. chir. i ginek. Bd. 5. p. 370. (1 Fall, 36jährige Frau.)
21. *Keller, Über Tumoren bei Hermaphroditen. Unterels. Ärzteverein, Strassburg. Sitzung v. 25. Nov. 1911. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 487.
22. *Kellner, Fall von Feminismus. Ärztl. Verein. Hamburg. Sitzung v. 8. Okt. Münch. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2368.
23. *Kermauner, F., Sexus anceps oder Hermaphroditismus. Frankf. Zeitschr. f. Path. Bd. 11. H. 3.
24. *Küstner, Pseudohermaphroditismus femininus. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. v. 26. III. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 865.
25. Lichtenstein, Über senile Muttermundsatresie und zur konservativen Behandlung der Gynatresien. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 225. (Anführung eines Falles von Scheidenatresie bei einem 15jährigen Mädchen.)
26. Lieberberg, R., Über angeborene Klitorishypertrophie. Inaug.-Dissert. Bern. (2 Fälle von Pseudohermaphroditismus femininus externus bei Neugeborenen.)
27. Lorentzen, Die Mikaoperation. Münchener med. Wochenschr. Bd. 59. p. 202. (Lorentzen erklärt die Schlitzung der Harnröhre als Nachahmung der Zwitterbildung und nimmt als Zweck die Möglichkeit der Koitusausführung im doppelten Sinne an.)
28. *Mann, C., Hermaphroditismus. Ges. f. Natur- u. Heilk. Dresden. Sitzung v. 2. Dez. 1911. Münch. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 499.
29. Marion, Hypospadias. Soc. de Chir. Sitzung v. 30. Okt. Gaz. des Hôp. Bd. 85. p. 1751. (Als Mädchen angezeigtes Kind männlichen Geschlechts mit Hypospadia peniscrotalis.)
30. Oberholzer, E., Kastration und Sterilisation von Geisteskranken in der Schweiz. Jurist.-psych. Grenzfragen. Halle 1911. Marhold. (Die Kastrationen wurden an Geisteskranken nur unter Zustimmung der Behörden und der gesetzlichen Vertreter oder der Kranken selbst ausgeführt.)
31. Papanicol, Bildung einer künstlichen Vagina. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1021. (Betrifft ein sonst gut ausgebildetes Mädchen mit fehlender Scheide und Uterusrudiment, vorhandenen Ovarien und ausgesprochener Libido.)
32. Pick, Wahrer Hermaphroditismus bei Menschen und Tieren. VI. internat. Kongr. f. Geburtsh. u Gyn. Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 2007. (Demonstration.)
33. *Prince, E. M., A case of true hermaphrodism. Journ. of Am. Med. Assoc. Bd. 58. p. 1278.
34. Polya, E., Herstellung einer Scheide wegen angeborenen Mangels derselben. Ges. d. Ärzte Budapests. Sitzung v. 21. Okt. 1911. Pester med.-chir. Presse. Bd. 48. p. 225. (30jährige, 8 Monate verheiratete Frau mit Impotentia coëundi.)
35. *Pozzi, Neue eigene Fälle von Pseudohermaphroditismus. Revue de gynéc. et de chir. abdom. Bd. 16. H. 3.
36. Raubitschek, H., Über eine bösartige Nierengeschwulst bei einem kindlichen Hermaphroditen. Frankf. Zeitschr. f. Path. Bd. 10. H. 2. (Pseudohermaphroditismus masculinus.)
37. *Ringel, Pseudohermaphroditismus femininus. Münchener med. Wochenschrift. Bd. 59. p. 869.
38. *Scherk, H. J., Fall von Pseudohermaphroditismus. Am. Journ. of Urol. Bd. 7. p. 437.
39. *Schubert, G., Zwei weitere Fälle von Scheidenbildung bei angeborenem Vaginaldefekt. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 198.
40. *Smith, R. K., Anather true hermaphrodite. Journ. of Am. Med. Assoc. Bd. 59. p. 541.
41. Stahel, Anscheinender Hermaphroditismus. VI. internat. Kongr. f. Geburtsh. u. Gyn. Berlin. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1327. (2 weibliche Individuen, die früher für männlich gegolten hatten.)
42. *Steinthal, Cervixkarzinom und Gravidität. Stuttgarter Ärztl. Verein. Sitzung v. 2. Nov. 1911. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1117.
43. Stöckel, W., Über die Bildung einer künstlichen Vagina. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 7. (23jähriges Mädchen mit fehlender Scheide, Uterus bicornis, Fehlen der rechten Tube und normalen Ovarien; Herstellung der Potentia coëundi durch künstliche Scheidenbildung.)

44. *Strassmann, Hermaphroditismus de lege ferenda. VII. Tagung d. Deutschen Ges. f. ger. Med. Karlsruhe. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öffentl. San.-Wesen. 3 Folge. Bd. 43. II. Suppl. p. 58.
45. *von Sury, K., Die Berechtigung der sozialen Indikation zur Sterilisation und ihre forensische Bedeutung. VII. Tagung d. Deutschen Ges. f. ger. Med. Karlsruhe. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öffentl. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 43. II. Supplem. p. 95.
46. Tilp, Hermaphroditismus spurius masculinus internus. Deutsche pathol. Gesellsch. XV. Tagung. Strassburg. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 1064.
47. Tissot, Pseudohermaphrodisme, hypospadias périnéoscrotal. Soc. de Chir. de Paris. Revue de Chir. Bd. 46. p. 965. (6jähriges Kind, sicher männlich.)
48. *Viscontini, G., Pseudohermaphroditismus externus. Gazz. degli osped. e clin. Nr. 23.
49. *Vogel, K., Über Hermaphroditismus. 84. Vers. Deutscher Naturf. u. Ärzte. Abt. f. Chir. Münch. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2421.
50. *Wilson, Th., Endothelioma of the undescended testis in a male pseudohermaphrodite. Brit. Med. Assoc. Birmingham Branch. path. and clin. Section. Sitzung v. 1. Nov. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p, 1662.
51. *Wolff, Über Infantilismus. Ärzteverein Rostock. Sitzung v. 10. Febr. Münchener med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1523.

Pozzi (35) unterscheidet die Scheinzwitter in Androgynoide, d. h. Individuen mit Hoden und weiblichem Habitus und Gynandroide mit Ovarien und männlichem Äussern; bei beiden Arten werden reguläre und irreguläre Formen unterschieden je nach regulärer oder irregulärer Bildung der äusseren Genitalien. Die häufigste Form ist die irreguläre androgynoide, nämlich die Hypospadia peniscrotalis mit klitorisähnlichem Penis; unter 9 Selbstbeobachtungen trafen 7 auf diese Form, ferner je ein Fall auf reguläre Androgynoidie und auf irreguläre Gynandroidie; in einem Falle handelte es um Erreur de sexe, indem ein weibliches Individuum, das an Sarkom des Ovarium erkrankte, als Mann verheiratet war.

Kermauner (23) will den Ausdruck Hermaphroditismus durch Sexus anceps ersetzt wissen; ist das Geschlecht sicher zu bestimmen, so werden die Ausdrücke Pseudandrie (Eierstock, Uterus, äussere männliche Bildung) und Pseudothelie (Hoden, Müllersche Gänge, äussere weibliche Bildung) vorgeschlagen, dagegen bei Nichterkennung der Keimdrüsen die Ausdrücke androformer oder gynoformer Sexus anceps.

Strassmann (44) berichtet über 4 Fälle von Pseudohermaphroditismus, einen 6monatigen Fötus mit weiblichen Geschlechtsteilen, aber gliedartiger Entwickelung des Geschlechtshöckers, ein als Weib aufgewachsenes Individuum, ebenfalls mit gliedartigem Geschlechtshöcker, Fehlen eines Ovariums und Verkümmerung des anderen sowie überhaupt der inneren Geschlechtsteile und vorwiegend männlichem Habitus, ferner ein als Weib erzogenes aber männliches Individuum, das sich verheiratet und gezeugt hat, endlich ein 10jähriges Kind von zweifelhaftem Geschlecht, Clitorishypertrophie, Fehlen innerer weiblicher Geschlechtsteile und Durchbruch sekundärer männlicher Charaktere, das auf Grund eines nur auf Wahrscheinlichkeit lautenden Gutachtens als männlich anerkannt wurde. Das Fehlen von Bestimmungen über Zwitter im bürgerlichen Gesetzbuch wird als Lücke erklärt und die Einführung des Vortrags als unbestimmten Geschlechts im Geburtsregister empfohlen. Zur Bestimmung des Geschlechtes sollen die gesamten Eigenschaften, nicht ausschliesslich die der Keimdrüsen massgebend sein und bei Kindern sollte die Entscheidung, in welchem Geschlecht sie zu erziehen sind, den Eltern überlassen werden.

In der Diskussion äussert sich Ungar zu diesen Vorschlägen beistimmend und teilt einen Fall einer „Erzieherin" mit, die offenbar ein männlicher Hypospadiäus mit einem deszendierten und einem ektopischen oder atrophischen Hoden und gemischten sekundären Merkmalen war; sie wurde als männlich begutachtet; ferner erwähnt Ungar ein als Frau verheiratetes aber männliches Individuum, das wegen Unsittlichkeitsdelikten angeklagt war, dann einen männlichen Scheinzwitter, der ein Notzuchtattentat verübte und endlich einen weiblichen Scheinzwitter, der als Krankenwärter bei einem Geisteskranken geschlechtliche Handlungen vornahm. Kratter erwähnt einen als Mädchen erzogenen weiblichen Scheinzwitter, dessen männliches Geschlecht beim ersten Kohabitationsversuch entdeckt wurde; Kratter erklärt lediglich die Art der Keimdrüsen als die Begutachtung bestimmend, während Zangger unter Mitteilung eines Falles eines sich vollständig als Frau fühlenden

Individuums, das in Hernien atrophische Hoden und Nebenhoden besass, die Berücksichtigung der Geschlechtspsyche befürwortet. Puppe berichtet über ein als Frau verheiratetes Individuum mit völlig weiblich gebildeten äusseren Geschlechtsteilen, aber einem Hoden in einem Labium, bei dem das Geschlechtsgefühl erst weiblich, später männlich war, und befürwortet daher die Begutachtung nach den Geschlechtsdrüsen, nicht nach der möglicherweise wechselnden Geschlechtspsyche. In gleicher Weise äussert sich Ziemke unter Anführung eines Falles eines neugeborenen Kindes unbestimmbaren Geschlechtes, das schliesslich als männlich registriert wurde, aber besser als zwitterhaft einzutragen gewesen wäre. Reuter erwähnt einen vorwiegend männlich erscheinenden Arbeiter, an dem von ärztlicher Seite durch einen Einschnitt ein enger, blinder Kanal eröffnet worden war und dessen Geschlecht unbestimmbar war. Lochte berichtet über einen männlichen Hypospadiäus, der angeblich menstruierte und — jedoch unglaubhafte — weibliche Neigungen vorgab. Mayer beschreibt eine Doppelbildung mit Hoden und Penis rechterseits und Vagina linkerseits.

Prince (33) berichtet über eine Laparotomie bei einem 18jährigen, nicht menstruierten Mädchen mit weiblichem Habitus, kleiner Klitoris, Hymen und 6 cm langer Scheide; bei der Operation fand sich kein Uterus, dagegen links Ovarium mit Tube und 2 in den Labia majora befindliche exstirpierte Drüsen erwiesen sich als wohlentwickelte Hoden mit rudimentärem Nebenhoden. Der Fall wird als wahrer Hermaphroditismus erklärt, jedoch steht eine mikroskopische Untersuchung des Ovariums aus.

Smith (40) beschreibt einen Fall von „wahrem" Hermaphroditismus bei einem koreanischen Kuli, bei welchem aus einer rechtsseitigen Leistenhernie ein Uterus mit Tube und Ovarium exzidiert wurde; links fand sich ebenfalls eine Tube, aber kein Ovarium. Der Beweis des wahren Hermaphroditismus ist nicht geliefert, weil die linksseitige Keimdrüse, die in der linken Skrotalhälfte lag, nicht anatomisch untersucht wurde; man fühlte „Hoden" mit Nebenhoden und Samenstrang. Ausserdem bestand Hypospadie. Die sekundären Geschlechtsmerkmale waren überwiegend weiblich. Das Individuum, als Mann verheiratet, will angeblich Samenergüsse haben.

Arzt (3) beschreibt ein Individuum mit durchweg männlichen sekundären Geschlechtsmerkmalen, aber weiblicher Bildung der äusseren Getchlechtsteile, abgesehen von einem 4 cm langen, undurchbohrten Geschlechtshöcker. Die 9 cm lange Scheide lässt einen kleinen Uterus mit knopfförmiger, mit Öffnung versehener Portio und beiderseits eine Keimdrüse (Ovarium?) tasten. Die Geschlechtspsyche ist ausgesprochen weiblich, der Hymen ist defloriert, die Kohabitation erfolgt ohne Voluptas. Das Individuum wird als neutrius generis (? Ref.) erklärt.

Castiglioni (7) beschreibt einen Fall von Uterusmyom mit Tuben, breiten und runden Ligamenten und ohne Spur von Geschlechtsdrüsen (Sektion) bei einem angeblich männlichen, aber kleinen und zarten Individuum mit verkümmertem Gliede, mangelnder Erektionsfähigkeit und Hypospadie und ohne Spur von sexuellen Regungen („homo neutrius generis").

Kellner (22) beschreibt einen männlichen 16jährigen Imbezillen mit ausgeprägten Mammae, weiblichem Mons Veneris, weiblichem Beckentypus, unentwickeltem Penis und Kryptorchismus.

Diefenbach (10) beschreibt einen sicheren und einen wahrscheinlichen Fall von männlichem Pseudohermaphroditismus (einen bei einem 7jährigen Kinde) aus einer Familie. Im ersteren Falle war die Klitoris hypertrophisch, die äusseren Genitalien waren weiblich gebildet, die sekundären Merkmale an der oberen Körperhälfte waren weiblich, die an der unteren männlich. Aus einem linksseitigen Leistenbruch wurde ein normal gebildeter Hoden exzidiert. Uterus und Vagina fehlten. Im zweiten Falle fand sich weibliche Bildung der äusseren Genitalien, Hypertrophie der Klitoris und Mangel der Scheide bei knabenhaften Neigungen. In der Aszendens mütterlicherseits 6 Fälle von Amenorrhoe bezw. genitalen Missbildungen, ausserdem väter- und mütterlicherseits Fälle von Tuberkulose, Neurose, Psychose und Karzinom.

Durlacher (12) beschreibt 2 Fälle von Pseudohermaphroditismus, wahrscheinlich masculinus bei 2 Geschwistern (Kindern), von denen das eine stark entwickelte Labien und undurchbohrten Penis, das andere nur stark entwickelte Labien, beide von der Entwickelung wie bei geschlechtsreifen Mädchen zeigt. Bei dem älteren Kinde ($1^3/_4$ Jahre) fand sich frühzeitige Schambehaarung, ausserdem stark entwickelte Adipositas; Keimdrüsen waren nicht aufzufinden.

Foscarini (14) beschreibt den Genitalbefund bei zwei „Schwestern", beide mit hypertrophischer Klitoris, bei deren einer (8jährig) bei der Operation eine rechtsseitige

Hydrocele mit Hoden und Nebenhoden und links am Leistenring ein Hoden gefunden wurde. Die andere „Schwester" (26jährig) ist als Frau verheiratet und offenbar ein männl. Hypospadiaeus mit Hoden in beiden Skrotalhälften, männlichem Körperbau, aber weiblicher Gesichtsbildung, die Cohabitation erfolgt per anum.

Albrecht (2) beschreibt eine peniskrotale Hypospadie mit Persistenz des Sinus urogenitalis, einem monogerminalen Teratom der rechten Genitokruralgegend und einem Penis perinealis.

Babassinoff (5) beschreibt einen Fall von weiblicher Bildung der äusseren Genitalien, aber einem Hoden in der linken Skrotalhälfte und einer rechtsseitigen Leistenhernie, aus der ein Uterus exzidiert wurde. Die Neigungen des Kindes sind männliche. Im 2. Falle handelte es sich um einen Mann mit normalen äusseren Genitalien, der Kinder erzeugt hatte und bei dem ein karzinomatöser Uterus mit Tube exstirpiert wurde.

Dawidoff (9) beschreibt ein Individuum mit mehr männlichen als weiblichen sekundären Geschlechtsmerkmalen und männlichem irrigierbarem Gliede.

Scherk (38) beschreibt ein als Mädchen erzogenes Individuum mit peniskrotaler Hypospadie und Hoden in beiden Skrotalhälften. Die sekundären Geschlechtsmerkmale waren teils weiblich, teils männlich. Vom 13.—18. Jahre sollen regelmässige Blutausscheidungen aus der blindsackförmigen Scheide bestanden haben.

Vogel (49) beschreibt einen Fall von Beckengeschwulst bei einem 20jährigen „Mädchen" mit blinder Scheide, nicht nachweisbaren inneren Genitalien und vollständig weiblichen sekundären Geschlechtsmerkmalen. In der exstirpierten Geschwulst fand sich ein echter Hoden, ein Körper mit glatten Muskelfasern (Uterusrudiment?) und eine Tube mit Fimbrien und einer Hydatide. Eine zweite Geschwulst, die in den Leistenkanal reponiert wurde, fand sich auf der anderen Seite.

Wilson (50) beschreibt einen 29jährigen männlichen Hypospaden mit Spaltung des Skrotums und einem hodenähnlichen Körper in der einen Hälfte und Endotheliom des zurückgebliebenen anderen Hodens. Die sekundären Geschlechtsmerkmale waren bis auf Stimme und spärliche Bartentwickelung weiblich und das Individuum war als Mädchen erzogen worden.

Auvray (4) beschreibt eine 72jährige Frau mit hypertrophischer, nicht durchbohrter Klitoris und fehlender Vulva. Die Sektion (Tod an Darmverschluss) ergab einen myomatösen Uterus mit atrophischen Ovarien und atretischer Scheide, ausserdem von Adeno-Angiom der Nebenniere.

Geddes (15) beschreibt den Sektionsbefund bei einer 91jährigen Frau, welche eine 9 cm lange penisähnliche Klitoris mit Vertiefung auf der Spitze der Glans und keine Vaginal-Öffnung, dagegen vollständig normal gebildete innere Genitalien besass. Die äussere Erscheinung war eine vorwiegend männliche.

In der Diskussion beschreibt Gowland einen Mann mit rechtsseitiger Leistenhernie, bei deren Operation sich ein Uterus mit 2 Tuben und breitem Ligamentum und 2 Hoden im Becken fand.

Greensfelder und Gatewood (16) fanden bei Laparotomie eines jungen Mannes (wegen Rektumkarzinoms) einen Uterus mit Tuben und 2 Hoden und Nebenhoden an Stelle der Ovarien, mit Vasa deferentia. Die äusseren Genitalien waren von normaler männlicher Bildung.

Grubenmann (17) beschreibt ein 3jähriges Kind mit weiblich gebildeter Harnröhre, aber $1\frac{1}{2}$ cm langer, hypertrophischer Klitoris, auf deren Eichelspitze eine zweite, sehr enge Harnröhre mündete. Es bestand Uterus bicornis unicollis und teilweise verdoppelte Scheide; Tuben und Ovarien ohne Spuren von Hodengewebe waren vorhanden und weder Prostata noch Cowpersche Drüsen oder Samenkanäle, dagegen nur ein Schwellkörperpaar,

Keller (21) beschreibt ein äusserlich mit Ausnahme des Fehlens der Brüste weiblich gebildetes 23jähriges Individuum mit hypertrophischer, penisartiger, undurchbohrter Klitoris und schwach entwickelten grossen Labien, bei der bei der Laparotomie sich Uterus und beide Tuben und an der Stelle der Keimdrüsen zwei maligne Tumoren teils mit sarkomatösem, teils mit karzinomatösem Bau fanden.

Küstner (24) beschreibt einen Fall von penisartigem undurchbohrtem Geschlechtsglied mit weiblicher Geschlechtsöffnung und durchweg männlichen sekundären Geschlechtsmerkmalen. Die wegen eines myomatösen Tumors ausgeführte Laparotomie ergab Uterus mit Tuben und Ovarien.

Mann (28) beschreibt ein anscheinend männliches Individuum mit 4 cm langem, nicht durchbohrtem Penis und weiblich gebildeter Urethra, die in eine enge Scheide mündet, durch welche Uterus und Ovarien gefühlt worden sind; seit dem 30. Lebensjahre bestand regelmässig 3 Tage lang Menstruation. Zu beiden Seiten des Introitus sind ausserdem Hoden mit Nebenhoden zu erkennen. Geschlechtliche Regungen fehlen. Die sekundären Geschlechtscharaktere sind männlich.

Riegel (37) beschreibt ein 6jähriges als Knabe erzogenes Kind mit peniskrotaler Hypospadie und geteiltem, aber leerem Skrotum. Beim Versuch der operativen Verlagerung der Hoden in das Skrotum fand sich ein Ovarium mit Tube. Die Versuche, die Geschlechtsorgane im männlichen Sinne operativ zu korrigieren, wurden aufgegeben, dafür eine künstliche Vulva gebildet und der Penis abgetragen.

Viscontini (48) fand bei Operation der eingeklemmten Schenkelhernien eines 22jährigen Mannes mit normalen Geschlechtsteilen einen Uterus mit Tube und Lig. rotundum.

Schubert (39) teilt 2 Fälle von angeborenem Scheidenmangel mit, davon einen bei einer verheirateten Frau, bei der die Kohabitation immer unvollkommen geblieben war; dabei war das Orificium urethrae stark erweitert.

Wolff (51) fand bei weiblichen Eunuchoiden hochgradigen Infantilismus der Genitalorgane, Fehlen der in der Pubertät sich entwickelnden sekundären Geschlechtsmerkmale, Hypoplasie der Schilddrüse, dagegen keine Hypophysisveränderungen, und Anomalien am Knochensystem (lange Gliedmassen, Kleinheit des Skeletts, langes Offenbleiben der Epiphysenlinien). Die Eunuchoiden sind aber nicht in Parallele mit den Kastraten zu stellen.

Guggenheimer (18) bezeichnet als Eunuchoide solche Fälle von Unterentwickelung der Genitalien, bei welchen ein den Eunuchen ähnlicher Hochwuchs oder Fettwuchs eintritt.

v. Sury (45) tritt aufs wärmste für die fakultative Sterilisation (Vasektomie bezw. Salpingektomie) aus sozialer Indikation bei offenen Tuberkulosen, Psychosen mit Vererbungsgefahr, ferner bei Gewohnheitsverbrechern, Sexualverbrechern und Trinkern ein, ferner nach amerikanischem Vorbild bei Gewohnheitsverbrechern, rückfälligen Sexualverbrechern und Dirnen.

Doléris (11) beobachtete Konzeption trotz narbigen Verschlusses des Muttermundes bis auf eine haarfeine Öffnung.

Steinthal (42) beobachtete 3monatige Schwangerschaft bei einer 51jährigen mit Cervixkarzinom behafteten Frau.

c) Virginität; Sittlichkeitsdelikte.

1. Anton, Prämature Entwickelung. Ärzteverein Halle, Sitzung vom 21. II. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1016. (5½jähriges Mädchen von 140 cm Grösse, Menses seit dem 3. Lebensjahre, Ausbildung der sekundären Geschlechtsmerkmale und geistiger Frühreife.)
2. *Ayres, W., The micrococcus catarrhalis as a cause of inflammation in the genito-urinary tract. Am. Journ. of Surgery. p. 101.
3. *Baecchi, B., Über eine Methode der direkten Untersuchung der Spermatozoen auf Zeugflecken. Vierteljahrsschr. f. ges. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 43. p. 1.
4. *Bohne, Ein Beitrag zur Spermatozoenfärbung. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 25. p. 919.
5. *Borri, L., Prolapsus mucosae urethralis femininae und Vergewaltigung einer Unreifen. Arch. di antrop. crim. psich. e med. leg. 1911. H. 6.
6. *Burgl, G., Zwanzig ausgewählte Fälle von krimineller Hysterie mit Aktenauszug und gerichtlichen Gutachten für Ärzte und Juristen. Friedreichs Blätter f. ges. Med. u. San.-Polizei. Bd. 63. p. 259ff.
7. *— Die Hysterie und die strafrechtliche Verantwortung der Hysterischen. Stuttgart, F. Enke.
8. Certificat médical; légèreté et imprudence du médecin; condamnation. Annales d'hyg. publ. et de méd. lég. 4. Serie. Bd. 18. p. 182. (Verurteilung eines Arztes wegen

leichtfertig abgegebenen gerichtlichen Gutachtens auf Notzucht gegen ein 4jähriges Mädchen, das lediglich die Spuren einer Vulvovaginitis, nicht aber frische oder ältere Spuren eines Stuprums erkennen liess.)
9. Chapple, H., Two cases of pneumococcal vulvovaginitis in children. Lancet. Bd. I. p. 1685. (Hebt besonders die grünliche Farbe des Eiters hervor; die Unterscheidung von Gonorrhoe ist jedoch nur durch das Mikroskop möglich.)
10. *Dervieux und Leclercq, La détermination de l'origine du sperme par les sérums précipitants. II. Congrès de Méd. lég. de langue franç. Annales d'hyg. publ. et de méd. lég. 4. Serie. Bd. 18. p. 373.
11. — Examen des taches de pus et de mucus. Annales d'hyg. publ. et de méd. lég. 4. Serie. Bd. 17. p. 401. (Empfehlung der Gramschen Färbung zum Nachweis gonorrhoischen Eiters auf Wäsche.)
12. *de Dominicis, A., Über eine Spermareaktion mit Goldtribromür. Vierteljahrsschrift f. ger. Med, u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 44. p. 294.
13. Ellermann, V., Paavisning af spermatozoer ved hjälp af Jern-Haematoxylinfarvning. Hospitalstid. Bd. 54. Nr. 47. (s. Jahresber. Bd. 25. p. 830.)
14. Eulenburg, A., Sadismus und Masochismus. Wiesbaden 1911. J. F. Bergmann. 2. Auflage.
15. Findley, P., Gonorrhea in children. Western. Med. Rev. Bd. 17. Nr. 4.
16. Flint, A., Sexual crimes. New York Med. Journ. Bd. 96. p. 207. (Behandelt sexuelle Perversitäten, bes. Sadismus.)
17. Forel, A., Der Hypnotismus oder die Suggestion und die Psychotherapie, ihre psychologische, physiologische und medizinische Bedeutung. Stuttgart 1911. F. Enke. (6. Auflage des rühmlichst bekannten Werkes
18. *Gardner, J. A., und G. H. A. Clowes, The specific complement deviation reaction in gonorrhea. New York. Med. Journ. Bd. 96. p. 734 u. Am. Urol. Assoc. 11. Jahresvers. Journ. of Am. Med. Ass. Bd. 58. p. 1307.
19. *Genersich, G., Gonokokkeninfektion bei Säuglingen und kleinen Kindern weibl. Geschlechts. Pester med.-chir. Presse Bd. 48. p. 2ff.
20. *Giorgia, Über Kutanreaktion bei Blennorrhagie. Gazz. degli osped. e d. clin. Nr. 116.
21. Grassmann, C., Sexualpädagogische Fragen. München. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1815. (Erzieherische Vorschläge zur Verhütung von Geschlechtskrankheiten und Onanie im Jugendalter.)
22. v. Gruber, M., Hygiene des Geschlechtslebens. Stuttgart 1911. E. H. Moritz. (Populäre Aufklärungsschrift.)
23. *Güntsch, C., Über forensische Sperma-Untersuchung. Inaug.-Diss. Königsberg 1911.
24. Hahn, G., Das Geschlechtsleben des Menschen. Leipzig 1911, J. A. Barth. (Behandelt u. a. die Verirrungen des Geschlechtstriebs, die Geschlechtskrankheiten und die sexuelle Pädagogik und Ethik.)
25. *Jaworski, J. v., Trauma als Ursache für das Platzen einer Pyosalpinx mit Entleerung in die freie Bauchhöhle hinein. Gyn. Rundschau. Bd. 6. p. 478.
26. Impallomeni, In causa di violenze carnali. Clin. Ostetr. 1910. H. 1.
27. Inoculation with venereal disease cruel treatment of wife. Journ. of Am. Med. Assoc. Bd. 59. p. 2089. (Verurteilung eines Ehemanns wegen Infektion seiner Frau.)
28. Josephson, C. D., Zwei Fälle von Notzucht. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d. Gesellschaft schwed. Ärzte. Hygiea Nr. 4. (Silas Lindqvist.)
29. *Keyes, E. L., Observations upon the persistence of gonococci in the male urethra. Am. Journ. of Med. Sciences. Bd. 143. p. 107.
30. *Kirste, Hymenalblutung. Nürnberger med. Ges. u. Poliklinik. Sitzung v. 8. II. Münchner med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1835.
31. *Kraus, E., Vagina septa. Ärztl. Verein Brünn, Sitzg. v. 18. XII. 1911. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 189.
32. Krösnig, Menorrhagia neonatorum. Naturwissensch.-med. Ges. Jena. Sitzg. v. 7. XII. 1911. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 280. (Blutung aus den Genitalien am 5. Tage, von Menstruatio praecox wohl zu unterscheiden.)
33. Leers, O., Über die Wassermannsche Luesreaktion und ihre forensische Bedeutung. Gross' Archiv Bd. 47. p. 324. (Hervorhebung ihrer Wichtigkeit bei

Übertragung von Syphilis auf Gesunde, Eheschliessungen, Scheidungsklagen, Versicherungen und angeblichen Unfallsfolgen.)

34. Leppmann, F., Zur ärztlichen Begutachtung von Sittlichkeitsverbrechern. Ärztl. Sachverständigerzeitung Bd. 18. p. 202. (Geschichte von 3 Sittlichkeitsverbrechern an Kindern und halbwüchsigen Mädchen; bei zweien hereditäre Belastung und Neigung zu Masturbation und zu jugendlicher Nervosität, bei einem Alkoholismus: in allen solchen Fällen ist gerichtsärztliche Begutachtung der Angeschuldigten notwendig.)
35. Macijewska, M., Menstruatio praecox. Inaug.-Diss. Berlin. (Fall von vorzeitiger allgemeiner und genitaler Entwickelung eines $3^1/_2$ jährigen Kindes mit alle 4—5 Wochen auftretender 1—3 tägiger Blutausscheidung aus den Genitalien; Neigung zu Masturbation.)
36. McMurthie, D. C., Psychology of sexual inversion in women. Lancet-Clinic. Cincinnati Bd. 108. Nr. 18.
37. McVeigh, J. A., Anorectal disease due to venereal infection. Proctologist Bd. 6. Nr. 3.
38. Marcus, E., Fremdkörper in der Vagina eines sechsjährigen Mädchens. Ges. d. Ärzte Wien, Sitzg. v. 6. III. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 544. (Haarnadel.)
39. *Minet, J., und J. Leclercq, L'anaphylaxie au sperme humain. Soc. de Biol. Sitzg. v. 1. IV. 1911. La semaine méd. 1911. 12. April.
40. Möller, Sittlichkeitsdelikte im epileptischen Dämmerzustande. Vierteljahrsschr. f. ges. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 44. p. 284. (2 Fälle von Notzucht an Schulmädchen.)
41. Moll, A., The sexual life of the child. Ins Englische übersetzt von E. Paul, London, G, Allan and Co.
42. Morrow, L., und O. Bridgeman, Gonorrhea in girls; treatment of three hundred cases. Journ. of Am. Med. Assoc. Bd. 58. p. 1564. (Fanden bei 55 % der Mädchen der State Training School in Geneva, Illinois, Gonorrhoea in allen Graden.)
43. Paterson, H. J., Suppurating ovarion cyst in girl aged 10 years probably infected from hairpins impacted in the vagina. Brit. Journ. of Childrens diseases, London. Juli.
44. Pinkus, F., Die Verhütung der Geschlechtskrankheiten. Freiburg u. Leipzig, Speyer u. Kaerner. (Populäre Darstellung.)
45. Placzek, Die Wassermannsche Probe als Hilfsmittel der forensisch-psychiatrischen Beurteilung; Schwachsinn; sexuelle Delikte. Med. Klinik Bd. 7. Nr. 17. (Nachweis von Erbsyphilis bei einem 16 jährigen Sexualverbrecher mit Freispruch und Entmündigung wegen Schwachsinns.)
46. Raecke, Zur psychiatrischen Beurteilung sexueller Delikte. Arch. f. Psychiatrie. Bd. 49. H. 1. (Fordert genaue Untersuchung des Geisteszustandes, da eine Perversität allein nicht ausreicht, um einen geistig abnormen Zustand anzunehmen.)
47. *Robinson, W. J., Peculiar foreign bodies in the vagina. Med. Record. New York. Bd. 81. p. 521.
48. — Gonorrhea and marriage. Med. Rev. of Reviews. Juni.
49. Rohleder, H., Grundzüge der Sexualpädagogik f. Ärzte, Pädagogen und Eltern. Berlin, Fischers med. Buchhandlung. (Tritt für möglichst frühzeitige sexuelle Aufklärung ein.)
50. — Die Masturbation. Berlin, Fischers med. Buchhandlung. 3. Auflage.
51. Schrenck-Notzing v.. Über ein sexuelles Attentat auf eine Hypnotisierte. Gross' Arch. Bd. 43. p. 139. (Anklage auf geschlechtlichen Missbrauch gegen einen Arzt gelegentlich der Behandlung der Enuresis mit Elektrizität und Hypnose; das Gutachten lautete auf Unglaubwürdigkeit der Angaben und auf durch sexuelle Träume hervorgerufene Selbsttäuschung.)
52. Seippel, C. P., Venereal diseases in children. Illinosis Med. Journ. Bd. 22. H. 1.
53. Senf, M. R., Geschlechtstrieb und Verbrechen, mit einem Anhange: zur Psychologie des Lustmörders. Gross' Archiv Bd. 48. p. 1. (Unterscheidung von 3 Arten Lustmörder, der typischen aus sexueller Lust ohne Geschlechtsakt, der hyperhedonischen und der algolagnistischen.)
54. Siebara, Vollkommene Geschlechtsreife bei einem Kinde. Casop. lek. česk. Nr. 8. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 775. (Vierjähriges Kind, Entwickelung der Scham- und Achselhaare.)

55. *Solger, B., Über die Verwendung eines Klebemittels bei Untersuchung auf Spermien. Dermat. Zentralbl. August.
56. Thibierge, Cas d'ulcérations chancriformes de la vulve chez une enfant de trois ans. II. Congrès de Méd. lég. de langue franç. Annales d'hygiène publ. et de méd. lég. 4. Serie. Bd. 18. p. 370. (Schwierigkeit der Entscheidung, ob Syphilis und ob Stuprum oder anderweitige Infektion.)
57. Thoinot, L., Medical aspects of moral offences. Aus dem Französischen ins Englische übersetzt von A. W. Weysse. Philad. and London 1910. (Behandelt Sittlichkeitsverbrechen und Geschlechtsperversitäten.)
58. Verebély, Fall von Pubertas praecox und Ovarialgeschwulst. Orvosi Hetilap Nr. 6. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 501. (Eintritt der Geschlechtsreife und der Menstruation im 5. Lebensjahre; auf die Exstirpation des Tumors folgte Rückbildung und Wiedereintritt der Infantilität.)
59. *Verger, M. H., De la méthode anaphylactique pour l'identification des taches de sperme. Comptes rendus de la Soc. de Biol. Bd. 71. Nr. 32 und Bd. 72. Nr. 3.
60. *Welsch, H., und H. Lecha-Marzo, Beitrag zur Mikrochemie des Spermas. Gac. méd. Catal., 31. Mai, ref. Münchner med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2475.
61. Weygandt, W., Ärztliches über die Behandlung der Verbrechen und Vergehen gegen die Sittlichkeit im Vorentwurf zu einem deutschen Reichs-Strafgesetzbuch. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 858 ff. (Betrifft die Bestrafung der Übertragung von Geschlechtskrankheiten, die Notzucht, Nötigung zur Unzucht, Schändung uud Unzucht mit Kindern, die Unzucht unter Missbrauch eines Autorität-Verhältnisses und Perversitäten des Geschlechtstriebes.)
62. Wolbarst, A. L., Occurrence of syphilis and gonorrhea in children by direct infection. Am. Medicine, September. (Verbreitung besonders der Gonorrhoe in Kinderasylen.)
63. Ziemke, Glossen zum Strafgesetzentwurfe. Med. Klinik Bd. 8. p. 675. (Bei den Sittlichkeitsdelikten spricht der Entwurf nicht mehr von Willenlosigkeit, sondern von bewusstlosen oder sonst zum Widerstand unfähigen Personen; bei der Unzucht unter Missbrauch eines Autoritätsverhältnisses wird die Strafandrohung auf die wirklichen Eltern, sowie bei Anstaltskranken nicht nur auf Beamte, Ärzte, etc. sondern auch auf Inhaber, Leiter und andere Angestellte ausgedehnt.)

W. J. Robinson (47) entfernte aus der Scheide eines 15jährigen Mädchens, die seit 2 Jahren geschlechtlichen Verkehr mit Knaben zugestand, zwei Walnüsse, drei Haselnüsse und ein Stück Schwamm, die ihr von einem Knaben in der Trunkenheit eingeführt worden waren.

Kirste (30) beobachtete fast tödliche Blutung aus einem seitlichen Hymenalriss bei Defloration.

Kraus (31) beobachtete starke Kohabitationsblutung infolge Zerreissung eines Scheidenseptums durch Immissio in die engere Scheidenhälfte.

von Jaworski (25) beobachtete Platzen eines Pyosalpinx mit tödlichem Ausgang durch Kohabitation am dritten Tage der Menstruation.

Burgl (7) erwähnt einen Fall von falscher Anschuldigung eines Arztes seitens einer Hysterischen wegen geschlechtlichen Missbrauchs in einem Ohnmachtsanfall.

Borri (5) fand bei einem 8jährigen Mädchen, das von einem erwachsenen Manne vergewaltigt worden zu sein angab, geschwollene Labien, Ecchymosen an denselben, Nachgiebigkeit der Rima und spärliches Eitersekret, aber keine weiteren Verletzungen; nach 6 Wochen bildete sich ein Prolaps der Harnröhrenschleimhaut aus, der aber auch durch den dauernden Reizzustand an den äusseren Genitalien entstanden sein kann.

Baecchi (3) bespricht die bisher bekannten Methoden des Spermanachweises auf Zeugflecken in kritischer Weise und kommt zu dem Schlusse, dass die von ihm angegebene Methode mit saurem Fuchsin oder Methylenblau oder als Doppelfärbung unter Mischung beider Farbstoffe (am besten 1:40 salzsaurem Wasser) die raschesten und zuverlässigsten Resultate liefert. Die Methode hat den besonderen Vorzug, dass sie eine Färbung der Stoffe in toto, wenigstens bei nicht zu dicken Stoffen, erlaubt und dadurch jede Vorreaktion (Florence, Barberio etc.), welche übrigens alle unzuverlässig sind, entbehrlich macht und die mikroskopische Untersuchung direkt auf dem Zeugfleck gestattet. Bei sehr alten Flecken ist Auffrischen in 20—30% Ammoniak nötig. Gefärbte Stoffe hindern die Färbung nicht, nur bei schwarzen und fast schwarzen ist ebenfalls Mazeration

in Ammoniak nötig. Die Aufhellung geschieht mittelst Xylol. An Einfachheit der Ausführung ist das Baecchische Verfahren sicher allen anderen überlegen.

Bohne (4) bestätigt den Wert der Baecchischen Färbungsmethode. Zur Erleichterung der Erkennung der Schichtseite empfiehlt er, vor dem Einbetten das Präparat in Xylol zu untersuchen. Auf farbigen Stoffen versagt jedoch die Methode sehr oft; ein gutes Entfärbungsverfahren ist noch nicht gefunden worden. Bei Einlegung eines dunkelgefärbten Fleckes in Wasserstoffsuperoxyd tritt lebhafte Gasbildung ein und in der darüberstehenden Flüssigkeit sind nach 15—20 Minuten fast ausnahmslos Spermatozoiden zu finden. Wenn man das Zeugstückchen abschabt und das Abgeschabte auf einen Objektträger mit einem Tropfen Wasser bringt und im Brutschrank antrocknet und über der Flamme fixiert, so können die Spermatozoiden mittelst der Baecchischen Färbung leicht nachgewiesen werden.

Güntsch (28) unterwarf die Barberiosche Sperma-Reaktion einer Nachprüfung und fand sie bei menschlichem Sperma und Prostatasekret sehr charakteristisch, bei Tiersperma stets negativ; zuweilen war sie aber schwach und zweifelhaft und die Kristalle sind nicht immer typisch. Er kommt zu dem Schluss, dass ein typisches positives Resultat, optisch und chemisch geprüft, menschliches Ejakulat mit Wahrscheinlichkeit vermuten lässt, dass aber ein zweifelhaftes oder negatives Resultat in keiner Weise beweisend ist.

de Dominicis (12) erhielt mittelst Goldtribromür mit Sperma granatförmige Kreuze und Quadrate (Cholin) und gelbe längliche Kristalle (Spermin), die er als Synthese der Florenceschen und Barberioschen Reaktionen auffasst und an Spermaflecken bei Azospermie für verwendbar erklärt. Bei etwas älteren Spermaflecken erhielt er rechteckige nussförmige Kristalle, die er auf eine Modifikation des Cholins durch den Zeitverlauf zurückführt und die einen Schluss auf das Alter der Spermaflecken ermöglicht.

Solger (55) empfiehlt zum Nachweis von Spermatozoiden das verflüssigte Sperma durch lufttrockenen Aufstrich einer Mischung von Kollodium und Ricinusöl (2:1) zu fixieren; das Öl wird durch Eintauchen in 90—92%igen Alkohol entfernt, dann das Präparat getrocknet und gefärbt.

Welsch und Lecha-Marzo (60) fanden die Bokariussche Reaktion mit Phosphor-Wolframsäure (Bildung halbmondförmiger Kristalle) nicht sicher, auch die Reaktion von de Dominicis mit Goldbromid ist nicht scharf.

Minet und Leclercq (39) beobachteten das Auftreten anaphylaktischer Erscheinungen bei Injektion von 1 ccm menschlichen Spermas ins Herz von Meerschweinchen, die vorher durch subkutane Injektion von ¼ ccm Sperma sensibilisiert worden waren.

Verger (59) fand die von Minet und Leclercq empfohlene anaphylaktische Methode am Meerschweinchen zum Nachweis von Spermaflecken nur in zwei Drittel der Fälle positiv (s. Jahresber. Bd. 25. p. 830). In einer späteren Publikation erhielt Verger auch bei Injektion von Mazeration leukorrhoischer Flecken bei mit Spermaflecken-Mazeration vorbehandelten Meerschweinchen anaphylaktische Erscheinungen, wodurch der Wert der Probe noch mehr herabgesetzt wird.

Dervieux und Leclercq (10) fanden, dass ein auf das Blut positiv wirkendes präzipitierendes Serum auf Sperma ungenügend wirkt.

Genersich (19) hebt bei Gonorrhoe kleiner Mädchen die Schwierigkeit hervor, ein Stuprum von einer anderweitig erworbenen Gonorrhoe zu unterscheiden. Er teilt mehrere Fälle von freiwilligem Koitus im Kindesalter mit und hält die Erzählung von einem Stuprum seitens eines Kindes, wenn rückhaltlos gegeben, meist für lügenhaft. Das Stadium der Erkrankung muss mit dem Zeitpunkt des angegebenen Stuprum stimmen. Sichtbare Erosionen an den grossen Labien können auch bei Infektion auf indirektem Wege vorkommen. Bei indirekter Infektion können Urethral-, Uterus und Tubeninfektionen und Peritonitis vorkommen. Im Klausenburger Kinderasyl wurde eine Epidemie wahrscheinlich infolge von Berührung mit gonorrhoischen Frauen und Pflegerinnen und durch den Gebrauch gemeinsamer Bäder beobachtet.

Ayres (2) beobachtete durch Cohabitation übertragene Urethritis infolge Infektion mit dem gramnegativen Micrococcus catarrhalis, der auf gewöhnlichem Nähr-Agar bei Zimmertemperatur wächst. Die Inkubation dauerte 3—5 Tage, manchmal 4 Wochen und sogar 15 Monate (? Ref.). Einmal fand er sich bei einer Virgo intacta, in welchem Falle die Entzündung als metastasierend gedeutet wird.

d) Die Schwangerschaft in gerichtlich-medizinischer Beziehung.

1. *Ahlfeld, F., Riesenkinder. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. p. 602.
2. *Amschl, A., Abtreibung und Kindsmord. Gross' Arch. Bd. 43. p. 72.
3. *Anders, H., Über die Bedeutung der gangränösen Uterusperforation für den Gerichtsarzt. Inaug.-Diss. Berlin 1911.
4. Anpreisung von Abortivmitteln. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 63. (Verurteilung wegen öffentlicher Annoncierung von „Kokostropfen".)
5. *Baux, G., und E. Roques, Tod durch Sublimatvergiftung nach kriminellem Abort. Revue mens. de gynéc. d'obstétr. et de péd. Bd. 17. H. 1.
6. Bayer, Lässt sich der künstliche Abort aus rassehygienischen Gründen motivieren? Oberrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. v. 27. X. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 18. p. 157. (Lehnt den Abortus aus Gründen der Eugenik ab; vorläufige Mitteilung.)
7. Becker, G., Über wiederholte Spontanruptur des Uterus. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 71. p. 423. (Schwangerschaftsruptur, von der Narbe einer früheren Uterusruptur ausgehend.)
8. *Beckmann, W., Über Hydrorrhoea gravidarum amnialis bei intraamnialer Entwickelung der Frucht. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p, 740.
9. *Bedu, E. A., Contribution à l'étude de certaines variations de poids et de longueur du foetus avant terme jusqu'au début du 9me mois. Thèse de Paris 1911/12. Nr. 332.
10. van der Bijl, W. F. Th, Intrauterine Verletzung des Fötus. Tijdschr. v. Geneesk. Nr. 1.
11. *Bornträger, Weitere Mitteilungen über die Abnahme der Geburten und die Zunahme der künstlichen Fehlgeburten, sowie über deren notwendige Bekämpfung. Med. Beamten-Konferenz Düsseldorf v. 17. VI. 1911. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 25. I. Beil. p. 27.
12. Bossi, Die Gegenwart und Zukunft der Gynäkologie. Gazz. degli osped. 1911. Nr. 88. (Fordert gesetzliche Vorkehrungen zur Bekämpfung des kriminellen Abortus und eine ausgedehnte Bewegung gegen den Neomalthusianismus.)
13. Bovin, Fall von hervorgerufenem kriminellem Abort, Infektion, Uterusexstirpation, Genesung. Nord. med. Ark., Festschr. f. J. Berg. (Ein ähnl. Fall wird von Essen-Möller mitgeteilt.)
14. *Brennecke, Riesenkind von 6750 g Gewicht und 65 cm Länge. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. v. 27. II. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 643.
15. *Brettauer, J., Perforation of the posterior lip of the cervix. New York Obstetr. Soc. Sitzg. v. 10. X. 1911. Am. Journ. of Obstetr. Bd. 65. p. 307.
16. Brósz, A., Fremdkörper im Parametrium. Ungar. Ärzteverein Budapest, gyn. Sektion. Sitzg. v. 28. XI. 1911. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1033. (Haarnadel, die angeblich aus Neugierde mit Hilfe eines Spiegels von der Frau eingeführt worden war, wobei der Uterus perforiert und eine Parametritis bewirkt wurde.)
17. *Brun, A., Der Kampf gegen die kriminelle Fruchtabtreibung. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 700.
18. Bucceri, F., Geschlechtsleben auf dem hohen Appenin. Arch. di antrop. crim. Heft 1/3. (Häufigkeit des Stuprums und der Fruchtabtreibung besonders mit Mutterkorn.)
19. *Bürger, L., Über Abtreibung mit Intrauterinpessaren. Med. Klinik. Bd. 8. p. 1660.
20. *Carrère, M., Contribution à l'étude de la dépopulation en France. Thèse de Toulouse. 1911/12. Nr. 1036.
21. Church, H. M., Mongolismus beim erstgeborenen Kinde gesunder Eltern. Transact. of the Edinb. Obstetr. Soc. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 627. (Wird auf Sturz mit dem Rade 10 Tage nach der Konzeption zurückgeführt.)
22. Cruel and inhuman treatment of wife. Journ. of Am. Med. Assoc. Bd. 58. p. 964. (Klage gegen einen Arzt wegen Abtreibung bei seiner eigenen Frau.)
23. *Dods, J. E., Fatal air embolism due to attempts to induce abortion. Australas. Med. Gaz. 10. Aug. Ref. Lancet. Bd. 2. p. 1097.
24. *Dumas, A., Contribution á l'étude de l'avortement criminel. Thèse de Paris. 1911/12. Nr. 72.

25. *Ehrenberg, G., Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1373.
26. Engström, Über Ruptura uteri nach vorausgegangenem Kaiserschnitt. Finska Läkaresällsk. Handl. 1911 u. Engströms Mitteilungen Bd. 9. H. 3.
27. *Eymer, H., Zur geburtshilflichen Röntgendiagnose. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1358.
28. *Falgowski, Ungewöhnliche Beobachtungen aus dem Gebiete der Fruchtabtreibung. p. 492 bis 496. Verh. d. Gynäkol. Sekt. d. XI. Vers. poln. Ärzte. Krakau 1911. Cf. Kap. I. Verhandlungen und Lek. 1911. Nr. 40. Ref. Gyn. Rundsch. Bd. 6. p. 882.
29. *Fleischhauer, Das kriminelle Abort-Material der Kieler Frauenklinik. Med. Ges. Kiel, Sitzg. v. 16. XI. 1911. Münchener med. Wochenschr. Bd. 59. p. 444.
30. Folmer, H. R., Riesenkind. Tijdschr. v. Geneesk. Nr. 11. (6750 g schwer).
31. Frank, Blasenschleimhautverletzungen infolge von Abtreibungsversuchen. VI. internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 2007. (Demonstration.)
32. v. Franqué, Über seltenere Ursachen von Schwangerschaftsblutungen. Med. Klinik. Bd. 8. p. 1451. (Ein Fall von exochorialer Schwangerschaft.)
33. — Plazenta mit Frucht aus dem 6. Schwangerschaftsmonat. Med. Ges. Giessen. Sitzg. v. 19. XII. 1911. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 686. (Blutergüsse und Deformation der Plazenta durch Fall gegen den Leib.)
34. *Franz, K., Ureterimplantation. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. v. 10. XI. 1911. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. p. 668.
35. *Freund, H. W., Drei Fälle von Tetanus puerperalis. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. p. 97 u. Unterels. Ärzteverein. Sitzg. v. 25. V. Med. Klinik. Bd. 8. p. 1369.
36. *— Fötus mit Verletzungen. Unterels. Ärzteverein Strassburg. Sitzg. v. 2. III. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 673.
37. Fuchsig, E., Über Arsenvergiftung vom Uterus aus. Wiener med. Wochenschr. Bd. 25. p. 631. S. Jahresb. Bd. 25. p. 845.
38. *Fudge, H. W., Gunshot wound of the pregnant uterus. Journ. of Am. Med. Assoc. Bd. 58. p. 779.
39. Gargiulo, Frattura spontanea della tibia e del perone in una gestante. Clin. Obstetr. 1910. H. 9. (Osteopsatyrosis; keine schädliche Wirkung auf die Schwangerschaft.)
40. Gemmel, J. E., Milzblutung als Schwangerschafts-Komplikation. Journ. of Obstetr. and Gyn. of Brit. Emp. Juni. (Milzruptur ohne Trauma in der Schwangerschaft; Tod trotz Laparotomie.)
41. *Gentzen, Verletzungen bei Behandlung des Aborts und ihre forense Bedeutung. Ärztl. Sachverständigenzeitg. Bd. 18. p. 430.
42. *Gerschun, M. M., Zur Kasuistik der Fremdkörper im Uterus. Shurn. akush. i szensk. boljesn. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1060.
43. *Gminder, Plazenta vom 8. Monat bei Hydrorrhoea uteri gravidi. Ärztlicher Verein Essen-Ruhr. Sitzung vom 26. III. Berliner klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 1158.
44. *Goldschmidt, Über die Behandlung der Abtreibung im Vorentwurf zum Deutschen Strafgesetzbuch. Berl. gerichtsärztl. Vereinig. Sitzg. v. 2. XI. 1911. Ärztl. Sachverständigenztg. Bd. 18. p. 25.
45. *— Spontanruptur des Uterus am Ende der Gravidität. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. 19. XI. 1911. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 362.
46. Gottschalk, Hydrorrhoea uteri gravidi amnialis. VI. Internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Deutche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 2007. (Geburt 46 Tage nach dem Blasensprung, bei dem 2½ Liter Fruchtwasser entleert worden waren.)
47. *Gräfe, Über den Geburtenrückgang in Deutschland im allgemeinen und in Halle im besonderen. Ärzteverein Halle, Sitzg. vom 24. VII. Med. Klinik. Bd. 8. p. 1763.
48. *Greene, L. B., Foreign body in the abdominal cavity. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 1747.
49. Green-Annytage V. B., Pre-eclamptic coma; death; post mortem Caesarean Section; living child. Journ. of Obstetr. and Gyn. Bd. 22. p. 272. (Kaiserschnitt unmittelbar nach dem Tode.)

50. Gröné, Graviditas extramembranacea. Ärztegesellschaft Lund, Sitzung v. 30. V. 1911. Hygiea 1911. Nr. 8. (Geburt 9 Wochen nach Riss der Eihäute.)
51. Gummert, Über den Geburtenrückgang in Deutschland und seine Ursachen. Ärztlicher Verein Essen-Ruhr. Sitzg. v. 16. VII. Berliner klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 2293. (Betont die Zunahme der kriminellen Fruchtabtreibung und die Gefahren der „Sterilетts".)
52. Guthrie, D. C., Race suicide. Pennsylv. Med. Journ. Bd. 15. Nr. 11.
53. *Hager, G., Pituitrin als Mittel zur Unterbrechung der Schwangerschaft bei Übertragung der Frucht. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 304.
54. Hammerschlag, Irrtümliche Diagnose auf Gravidität. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin, Sitzung v. 24. XI. 1911. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. p. 687. (Ovarialtumor bei 13jährigem Mädchen; infolge der irrtümlichen Diagnose Einleitung eines Strafverfahrens gegen den angeblichen, auf Drohungen genannten Schwängerer.)
55. *Hannes, W., Die körperliche Entwickelung der Frucht in ihrer Beziehung zur berechneten Schwangerschaftsdauer. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 71. p. 524 und Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. v. 26. III. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 754.
56. Hauch, Extramembranöse Schwangerschaft. Arb. aus der K. Entbindungsanstalt Kopenhagen 1910. (3 Fälle, ein lebendes Kind.)
57. *Haymann, Toleranz des graviden Uterus. Ärzteverein Wiesbaden, Sitzg. v. 17. I. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 575.
58. *Hawes, A. T., Vaginal Caesarean Section post mortem. New York. Med. Journ. Bd. 96. p. 640.
59. *Haykens, Intrauterine Verletzung der Frucht. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. Nr. 12.
60. *Hergott, A., Quelques considérations sur les avortements à la maternité de Nancy de 1907 à 1912. La Gynécologie. Bd. 16. p. 424 u. Annales de Gynécol. 2. Serie. Bd. 9, p. 385.
61. *Herzog, L. W., Über spontane Uterusruptur. Inaug.-Dissert. Würzburg 1911.
62. *Heuser, Th., Über Altersbestimmung d. Fötus auf graphische Methode. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. p. 381.
63. *Heyrovsky, Fremdkörper in der Bauchhöhle. Ges. d. Ärzte. Wien, Sitzg. v. 8. III. Wien. klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 431.
64. *Hirsch, M., Der Geburtenrückgang. Arch. f. Rassen- u. Gesellschaftsbiologie 1911. Heft 5.
65. *— Der Kampf gegen die kriminelle Fruchtabtreibung. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 995.
66. *— Nochmals zum Kampf gegen die kriminelle Fruchtabtreibung. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1688.
67. *— Fruchtabtreibungsversuche bei extrauterinem Sitz der Schwangerschaft. Berliner klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 1894.
68. — Die kriminelle Bedeutung der weiblichen Brust. Gross' Archiv Bd. 42. p. 206. S. Jahresber. Bd. 25. p. 838.
69. *Jacoby, M., Zur Behandlung des fieberhaften Abortes. Deutsche med. Wochenschrift Bd. 38. p. 1686.
70. Janczewski, Aus der Kasuistik der kriminellen Aborte. p. 491, 489—491. Verh. d. Gynäkol. Sekt. d. XI. Vers. poln. Ärzte. Krakau 1911. Cf. Kap. I. Verhandlungen.
71. Jeannin, Ruptur des Uterus nach schlechter Vernarbung eines vorangegangenen Kaiserschnitts. L'Obstétrique. 1911. März.
72. Jeannin und Wilhelm, Ruptur einer alten Kaiserschnittnarbe. Soc. d'Obstétr. de Paris. Sitzg. v. 16. XI. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1281.
73. *v. Ingersleben, Ein Fall von Sarggeburt. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 25. p. 77.
74. *Inouye, K., Über die Dauer der menschlichen Schwangerschaft nach dem Konzeptions-Tage berechnet. Inaug.-Diss. München 1911.
75. Jolly, Uterusruptur in der alten Kaiserschnittnarbe. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin, Sitzg. v. 9. II. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 71. p. 650 u. Arch. f. Gyn. Bd. 97. p. 229. (Bei Beginn der Wehen aufgetreten.)

76. *Jung, P., Abortversuche bei fehlender Schwangerschaft und bei Tubargravidität. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1019.
77. Kaul, A., Über abnorm schwere Neugeborene und ihre Gestationszeit. Inaug.-Diss. Breslau.
78. Kenny, F. H., Criminal abortion. Australas. Med. Gaz. Bd. 31. Nr. 9.
79. *Key-Aberg, A., Über die berechnete Dauer der menschlichen Schwangerschaft und die Bedeutung dieser Frage für den Vaterschaftsbeweis vor Gericht. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öff. San.-Wes. 3. Folge. Bd. 44. p. 155 u. Hygiea. Bd. 74. p. 945.
80. Klages, Tod in der Schwangerschaft infolge Erkrankung des Herzens. Münch. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1323. (Gummen des Herzens mit Perforation und Höhlenbildung, gummöse Aorten-Endokarditis, Perikarditis usw. Sectio caesarea in mortua, totes Kind.)
81. *Klauber, O., Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate uterina. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 325.
82. *von Klot, B., Die Unterbrechung der Schwangerschaft durch Röntgenstrahlen. Inaug.-Diss. München 1911.
83. *Kluge, Der kriminelle Abort im Regierungsbezirk Magdeburg. Med.-Beamten-Versamml. Magdeburg v. 10. Aug. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 25. I. Beilage. p. 60.
84. *Knoop, A., Abtreibungsversuch bei Tubargravidität. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 431.
85. *Koblanck, Zur Behandlung des septischen Abortes. Hufeland. Ges., Sitzung v. 9. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 1248.
86. *Kocks, J., Verbrechen und Gesetz. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1246.
87. *Kosmak, G. W., Übertragene Schwangerschaft und ihre Zeichen. Bull. of the Lying-in-Hosp. of New York. Bd. 8. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1552.
88. Kraus, Auf früher embryonaler Entwickelungsstufe stehengebliebener Fötus vom 6. Schwangerschaftsmonat. Oberrhein Ges. f. Geburtsh. u. Gyn., Sitzung v. 22. Okt. 1911. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 17. p. 278. (Geburt einer 20 cm langen, 755 g schweren Frucht am Ende der Schwangerschaft; der Gestaltung nach entsprach die Frucht einer solchen vom Ende des 3. Monats.)
89. Laband, L., Zur Frequenz, Ätiologie und Pathologie der Fehlgeburt. Inaug.-Diss. Breslau. (Enthält u. a. zwei Fälle von Abort nach Verletzung des Abdomens, einmal durch Fusstritt seitens eines sechsjährigen Kindes, einmal durch Stockschlag.)
90. Lamers, Een geval van sepsis puerperalis na abortus door Staphylococcus pyogenes aureus haemolyticus. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 1910. Nr. 2. (Wahrscheinlich krimineller Abortus.)
91. Landau, Th., Über einige seltene Ausgänge bei extra- u. intrauteriner Schwangerschaft. Hufeland Ges., Sitzung v. 14. März. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 915. (Intrauterine Skelettierung und Mumifikation.)
92. Lewenhagen, K., Om hafvandeskap utanför hinnorna — Graviditas extramembranacea. Hygiea Bd. 74. Nr. 5. (Drei Fälle.)
93. *Lingen, L. von, Der kriminelle Abort. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 2441.
94. *Linzenmeier, G., Beitrag zur Kenntnis der Hydrorrhoea uteri amnialis. Med. Klinik. Bd. 8. p. 989 u. Med. Ges. Kiel, Sitzung v. 16. Nov. 1911. Münch. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 443.
95. Litschkus, Der Abort vom forensischen Standpunkte. Russki Wratsch. Nr. 4. (Die bestehenden Gesetze lassen die Möglichkeit zu, dass ein aus wissenschaftlichen Indikationen den Abort einleitender Arzt vor Gericht gestellt wird. Es ist deshalb zu wünschen, dass die betreffenden Gesetzesparagraphen (§§ 1461—1463 des russischen Strafgesetzbuches) in dem Sinne erklärt werden, dass sie diejenigen Ärzte nicht im Auge haben, welche die Schwangerschaft unterbrechen aus medizinischen, auf wissenschaftlichen Tatsachen begründeten Indikationen, wobei diese Indikationen von mindestens drei Ärzten bestätigt und die Operation in Gegenwart mindestens dreier Ärzte ausgeführt wird. — Die Häufigkeit des kriminellen Abortes lässt sich nicht präzisieren. Bei Abwesenheit von Traumen der Geschlechtsorgane ist es unmöglich, illegale Fruchtabtreibung zu konstatieren. Die Ursachen des kriminellen Abortus sind äusserst mannigfach (von Koketterie und Leichtsinn einerseits bis zur zwingenden Notwendigkeit andererseits). Das Gesetz hat allen Grund, den kriminellen Abort für strafbar zu erklären, weil er die Rechte der Frucht beeinträchtigt

und in gewissem Sinne auch die Interessen des Staates (Zuwachs der Bevölkerung). Die fehlerhafte Organisation der Gesellschaft selbst trägt die Schuld am kriminellen Abort, und es ist nicht zu leugnen, dass bei Unmöglichkeit, diese Fehler zu beseitigen, etliche sog. soziale Indikationen (äusserste Not, Schande) als zu Recht bestehend anerkannt werden müssen. Allein die Bedingungen, unter welchen der Abort aus solchen Indikationen ausgeführt werden darf, müssen streng in dem Sinne präzisiert werden, dass diese Schwangerschaftsunterbrechungen nur in staatlichen oder öffentlichen Geburtshäusern, Kliniken und Hospitälern ausgeführt werden. — Es ist möglich, dass es auf diese Weise gelingen wird, die heutige hohe Mortalität sowie Morbidität nach kriminellem Abort herabzusetzen, und desgleichen die Klasse der Fruchtabtreiber, Schautagisten und Betrüger zu vernichten. Es ist zurzeit ganz unmöglich, jeden künstlichen Abort für nicht strafbar zu erklären, aber die Schwangere selbst von der Strafe zu befreien, ist äusserst wünschenswert.) (H. Jentter.)

96. Lutz, R., Die körperliche Entwickelung der Neugeborenen. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1577.

97. von Mach, Über den Rückgang der Geburten in Preussen und seine Ursachen. Ärztl. Verein Bromberg, Sitzung vom 20. März. Med. Klinik. Bd. 8. p. 1604. (Hinweis auf die Häufigkeit der Abtreibung.)

98. *Mc Pherson R., The radical treatment of abortion with observations on and an analysis of 3500 cases. Journ. of Am. med. Assoc. Bd. 59. p. 709.

99. Mayer, A., Wie soll sich der Arzt, welcher einen künstlichen Abort für nötig erachtet, verhalten, um die Standesehre zu wahren, bösem Gerede aus dem Wege zu gehen und Berührungen mit dem Staatsanwalt zu vermeiden? Oberrhein. Ges. f. Geburtsh. u. Gyn., Sitzung v. 27. Okt. Beitr. z. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 13. p. 157. (Vorläufige Mitteilung.)

100. *Mueller, A., Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate; Oxycyanatintoxication vom Peritoneum aus. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1461.

101. Nacke, Frühgeburt oder ausgetragenes Kind? Zentralbl. f. Gyn. Bd. 30. p. 1727. (Betont die Schwierigkeit der Begutachtung in Fällen von Vaterschaftsklagen, bei denen die Exceptio plurium concumbentium geltend gemacht ward, und die Notwendigkeit, dass nur geburtshilflich ausgebildete Ärzte mit solchen Gutachten betraut werden.)

102. Nast, N., Le droit et l'avortement. Paris, G. Crès et Cie. (Erörterung vom kriminalistischen Standpunkt; es wird Verschiedenheit des Strafausmasses gegen den Abtreiber verlangt, je nachdem er auf Verlangen oder ohne Wissen der Schwangeren die Abtreibung ausgeführt hat, ferner wird Straffreiheit für diejenigen Schwangeren verlangt, die geständig sind.)

103. *Nemzowa, K. U., Fall von Missbildung der Hand. Chirurgija. Bd. 31. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 636.

104. *von Neugebauer, F., Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 100.

105. — Tentamen abortus provocandi ant deficiente graviditate uterina aut praesente graviditate extrauterina. Oberrhein. Ges. f. Geburtsh. u. Gyn., Sitzung v. 28. April. Beitr. z. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 17. p. 382. (Kasuistik von 70 Fällen mit 19 Todesfällen, darunter 20 bei Extrauterinschwangerschaft mit 6 Todesfällen; vorläufige Mitteilung.)

106. Nürnberger, Verschiedenrassige Zwillinge. Bayr. Ges. f. Geburtsh. u. Gyn., Sitzung v. 7. Juli. Münch. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1932. (Kinder eines Weissen und einer Negerin.)

107. Okintschitz, Wie soll die kriminelle Fruchtabtreibung bekämpft werden? Journ. akusch. i shensk. boles. März. (Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft ist unter allen Umständen ein an der intrauterinen Frucht geübter Mord. Die kriminelle Fruchtabtreibung gefährdet in hohem Masse Gesundheit und Leben der Frau. (50% Morbidität, ca. 2% Mortalität). Gegenwärtig kann die ärztliche Wissenschaft im Kampfe mit dem kriminellen Abort nur zu palliativen Mitteln greifen, denn seine Ursachen vermag sie nicht zu beheben. Strenge Strafen führen nicht zum Ziel, weil bekanntlich die Zahl der Aborte nicht nur nicht fällt, sondern rapid steigt. Enthaltsamkeit lässt sich im Leben nicht durchführen. Es bleibt die Anwendung antikonzeptioneller Mittel. Zu diesem Zwecke müssen die bestehenden Mittel ernstlich geprüft werden, und die Bevölkerung muss durch öffentliche Bekanntmachungen von

den mit dem kriminellen Abort zusammenhängenden Gefahren für Gesundheit und Leben informiert werden.) (H. Jentter.)

108. Osuchowski, Zwei Fälle von Fruchtabtreibungsversuchen infolge irrtümlicher Diagnose. Verh. d. gyn. Sekt. d. 11. Vers. poln. Ärzte. Krakau 1911. cf. Kap. I. Verhandlungen. p. 486—488.
109. Olow, J., Uterustorsion. Schwed. gyn.-geburtsh. Sektion, Sitzung v. 29. Nov. 1911. Hygiea. 1911. Nr. 12. (Plötzlicher Tod in der Schwangerschaft, partielle Ablösung der Plazenta.)
110. Pánek, K., Extraamniale Schwangerschaft. Sbornik lek. Bd. 13. Nr. 3/4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 408. (Geburt eines lebenden Kindes in der Mitte des 9. Lunarmonats mit Handdifformität; Schrumpfung des geborstenen Amnion an der Plazenta,)
111. *Parrot, T. G., An obstetric contrast. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 1052.
112. Parry, L. A., Urinary calculi. Brighton and Sussex Med.-Chir. Soc., Sitzung v. 4. Jan. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 127. (Zum Versuch der Abtreibung in die Blase eingeführte Haarnadel.)
113. *Patek, R., Zur Behandlung der Fehlgeburten. Arch. f. Gyn. Bd. 98. p. 8.
114. Péry, J., Sur un cas d'accouchement post mortem. Journ. de med. de Bordeaux. Bd. 42. p. 293, u. Revue prat. d'Obstetr. et de Gynéc. Bd. 22. Nr. 9. (Tod durch Synkope; Entbindung per vias naturales mittelst Zange nach Erweiterung des Muttermundes nach Bonnaire; lebendes, aber nach einer Viertelstunde sterbendes Kind.)
115. Peters, J., Riesenkind. Tijdschr. v. Geneesk. 1911. Nr. 27. (Kind von 13 Pfund.)
116. *Petrucci, G., Übergang metallischer Gifte von der Mutter auf die Frucht. Annali di ostetr. e ginec. 1911. Okt.
117. *Pilf. Über den Geburtenrückgang. Verein der Ärzte Wiesbadens, Sitzung v. 16. Okt. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 2337.
118. *Pilsky, Die Frage des Rückgangs der Geburten in Preussen. Ärztl. Verein Altona, Sitzung v. 9. Okt. Münch. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2758.
119. Piroshkowa, O., Über den Abort in den städtischen Heilanstalten. IV. russ. Gynäk.-Kongress. St. Petersburg 1911. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 35. p. 220. (Betont Zunahme der kriminellen Aborte.)
120. Plauchu, Avortement. Lyon méd. Bd. 44. Nr. 12. (Die Zahl der kriminellen Aborte in den Lyoner Spitälern hat seit sechs Jahren um das Dreifache zugenommen.)
121. Potocki, Delherm u. Laquerrière, La radiographie du foetus in utero. Soc. de Radiol. de Paris, Sitzung v. 12. Nov. Gaz. des Hôp. Bd. 85. p. 1959. (Bilder von der Mitte des fünften Monats an.)
122. *Ramos, A. P., Abtreibungsversuche bei Extrauterin-Gravidität. Revue de la clin. obstétr. et gynéc. Mai/Juni.
123. *Reifferscheid, Uterusruptur in der Schwangerschaft mit Austritt der Plazenta in die Bauchhöhle. Niederrhein. Ges. f. Nat.- u. Heilk., Sitzung v. 15. Juli. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 2436.
124. *— Uterusperforation bei kriminellem Abort. Niederrhein. Ges. f. Nat.- u. Heilk., Sitzung v. 15. Juli. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 2436.
125. *Rentoul, J. L., Fracture in utero. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 13.
126. *Reuter, Verschieden schnelle Entwickelung gleichalteriger menschlicher Früchte. VII. Tagung der deutschen Ges. f. ges. Med. Karlsruhe. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 43. II. Supplem. p. 200.
127. Rosenblatt, Der künstliche Abort im Lichte des Strafgesetzbuches p. 458—464. Verh. d. gyn. Sekt. d. XI. Vers. poln. Ärzte. Krakau 1911. cf. Kap. I. Verhandl.
128. — Die Schwangerschaftsunterbrechung und das Strafgesetzbuch. Przegl. Lek. Nr. 21. p. 378 u. ff. (Verf. verlangt, das Gesetz solle in bestimmter Form die Straflosigkeit des Arztes garantieren für einen aus medizinischer Anzeige künstlich hervorgerufenen Abort, erkennt aber die sogenannten sozialen Anzeigen für einen künstlichen Abort nicht an wegen der Gefahr, dass dann ein künstlicher Abort überhaupt nicht mehr gestraft werden könne, womit dem Verbrechen und einer allgemeinen Demoralisation Tor und Tür geöffnet würden. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
129. Rotter, H., Von der sozialen Indikation des künstlichen Abortus. Gynäk. Rundschau. Bd. 6. p. 112. (Bekämpfung der Anschauung, welche die Fruchtabtreibung straflos machen will, und Verwerfung der sozialen Indikation.)
130. Schirmunsky, Vorzeitige Lösung der normal sitzenden Plazenta. Inaug.-Diss. München 1910. (Unter 19 Fällen 2 durch Trauma.)

131. *Schmid, H. H., Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1457.
132. *Schmidt, O., 692 Fälle von Fehlgeburt. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 36. p. 515.
133. *Schneider, K., Unfall und gynäkologische Erkrankungen, insbesondere Myom. Inaug.-Diss. München.
134. *Schwalbe, E., und W. Mücke, Phosphorwirkung auf mütterliches und fötales Lebergewebe. Frankf. Zeitschr. f. Path. Bd. 11. H. 2.
135. Schwarz, Spontanruptur des graviden Uterus nach vorangegangenem klassischem Kaiserschnitt. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn., Sitzg. v. 23. III. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 35. p. 651. (Nach querem Fundalschnitt, der in ganzer Länge riss.)
136. *Schwarzwäller, Fremdkörper im Uterus. Wissensch. Ärzteverein Stettin, Sitzg. v. 5. XII. 1911. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 327.
137. Seitz, L., Hydrorrhoea amnialis. Fränk. Ges. f. Geburtsh. u. Gyn. Sitzg. v. 11. XI. 1911. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 53. (Frühgeburt im 7. Monat, hühnereigrosser Eihautsack, Klumpfüsse.)
138. *Servy, C., Über Entwickelungsdifferenzen von Zwillingen. Inaug.-Diss. Breslau 1911.
139. Shannon, D., Notes on rupture of the uterus in connexion with a case of concealed accidental haemorrhage. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 1115. (Risse im Peritoneal-Überzug des Uterus, besonders an der Umschlagstelle auf die Blase, mit innerer Blutung und Hämatom-Bildung gegen Ende der Schwangerschaft.)
140. Sharpe, N. C., Action of drugs on uterus. Canad. Med. Assoc. Journ. Bd. 2. Nr. 9.
141. *Sichel, Case of induced abortion, pyocyaneous blood culture. New York Ac. of Med., Sitzg. v. 18. IV. Med. Record New York Bd. 81. p. 1012.
142. *Sigwart, W., Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 500.
143. *Sippel, A., Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1097.
144. *Stöckel, W., Hydrorrhoea uteri amnialis. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn., Sitzg. v. 11. XI 1911. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 35. p. 483.
145. *— Totalexstirpation eines instrumentell perforierten Uterus nach kriminellem Abort. Med. Ges. Kiel, Sitzg. v. 25. VII. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2539.
146. *Stumpf, R., Injektion in den Uterus. Gyn. Ges. Breslau, Sitzg. v. 27. II. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 754.
147. *Thies, Intrauterinpessar. Ges. f. Geburtsh. u. Gyn. Leipzig, Sitzg. v. 20. XI. 1911. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1000.
148. *Thomae, F., Abtreibungsversuch bei fehlender Schwangerschaft, zugleich ein Beitrag zum Kampf gegen die kriminelle Fruchtabtreibung. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1429.
149. *Titus, P., A statistical study of a series of abortions occurring in the obstetrical department of the Johns Hopkins Hospital. Amer. Journ. of Obstetr. Bd. 65. p. 960.
150. *Tomellini, L., Befunde von Exhumierten. Arch. di antropol. crim., psich. e med. leg. 1911. H. 5.
151. Tourrier, G., Contribution à l'étude de la grossesse extramembraneuse. Thèse de Montpellier 1911/12. Nr. 99. (Zusammenstellung von 14 Fällen aus der Literatur.)
152. Tuchelt, O. E., Zur Ätiologie der Spontanruptur des Uterus intra graviditatem. Inaug.-Diss. Leipzig 1911. (Ruptur im 7. Schwangerschaftsmonat, wahrscheinlich in einer Narbe, die durch manuelle Abort-Ausräumung seitens einer Hebamme entstanden war.)
153. *Tucker, A. W., A case of gunshot wound of the pregnant uterus. Journ. of Am. Med. Assoc. Bd. 58. p. 1685.
154. *Unterberger, Klitoriskrebs bei Schwangerschaft im 9. Monat. Rostocker Ärzteverein. Sitzung v. 9. Sept. 1911. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 293.
155. *Vayssière, E., Déviation du complément et grossesse. Thèse de Montpellier 1911/12. Nr. 39 u. Rev. mens. de Gynéc. d'Obstét. et d. Péd. Bd. 7. Nr. 6.
156. Villapadierna, E. M., Der Fötus am Ende der Schwangerschaft in Spanien. El Siglo méd. 6 Jan. ff.; ref. Münchener med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1244.

157. Voron, Vorzeitige Plazentarlösung durch Trauma. Geburtshilfl. Ges. Lyon. Sitzung v. 16. März 1911. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 521.
158. Wachholz, Gerichtlich-medizinische Bemerkungen zur Fruchtabteibung. p. 465 bis 475 Verh. d. Gyn. Sekt. d. XI. Vers. poln. Ärzte. Krakau 1911. cf. Kap. I. Verhandlungen.
159. — Gerichtlich-medizinische Bemerkungen zur Fruchtabtreibung. Przeglad Lekarkis. Nr. 21. p. 375. (Allgemeine Bemerkungen über die Schwierigkeit der Feststellung eines Abortes in frühem Schwangerschaftsstadium und die Schwierigkeit, den Fruchtabtreiber zu überführen, illustriert durch eine eigene sehr reiche gerichtlich-medizinische Kasuistik. Polnisch.) (v. Neugebauer.)
160. *Wawor, G., Zwanzig Jahre Geburtshilfe auf dem Lande. Prager med. Wochenschrift. Bd. 37. p. 441.
161. Weber, F., Die Röntgentherapie in der Gynäkologie. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. Nr. 14. (Weber erzielte in einem Falle durch Röntgenbestrahlung bei Lungentuberkulose Unterbrechung der Schwangerschaft.)
162. *Wichern, H., Über einige Beobachtungen bei Oxalsäurevergiftung. Med. Klin. Bd. 8. p. 900.
163. *Wolf, J., Der Geburtenrückgang und seine Bekämpfung. Jena. G. Fischer u. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur. Sitzung v. 15. Nov. Med. Klin. Bd. 8. p. 2086 u. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p, 2297.
164. Wright, A. H., Prolonged pregnancy. West Virginia. Med. Journ. Bd. 7. Nr. 2.
165. Wyss, A., Beitrag zur Uterusruptur nach Kaiserschnitt. Beitr. z, Geburtsh. u. Gyn. Bd. 17. p. 337. (2 Fälle; ausserdem Zusammenstellung von 58 Fällen aus der Literatur.)
166. *Zacharias, Haarnadel im Uterus. Nürnberger med. Ges. u. Poliklinik, Sitzung v. 8. II. München. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1834.
167. Zarate, E., Spontaner und krimineller Abortus vom klinischen Standpunkt. Semana med. Buenos Aires. Bd. 19. p. 753.
168. Ziemke, Glossen zum Strafgesetzentwurf. Med. Klin. Bd. 8. p. 635. (Der Entwurf enthält bei Abtreibung Herabsetzung des Strafminimums für die Schwangeren, aber auch für Lohnabtreiber, was mit Recht als unerwünscht bezeichnet wird. Es wird Bestrafung der Anpreisung und des Verkaufs von Abortivmitteln und Instrumenten verlangt.)
169. Zurücknahme des Prüfungszeugnisses einer Hebamme wegen Unzuverlässigkeit (Abtreibungsversuche). Entscheidung d. preuss. Oberverwaltungsgerichts v. 5. I. 1911. Medizinal-Arch. 1911. H. 2. (Nach strafrechtlicher Verurteilung wegen Abtreibungsversuches in 3 Fällen.)
170. *Zweifel, P., Die vorzeitige Lösung der regelrecht sitzenden Nachgeburt. Monatsschrift f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 36. Ergänzungsheft. p. 55.

Schwangerschaftsdauer. Key-Aberg (79) unterwirft die vorliegenden Beobachtungen über den Zusammenhang der körperlichen Entwickelung des Neugeborenen mit der Dauer der Schwangerschaft einer kritischen Besprechung und kommt zu dem Schlusse, dass ein die Reifemerkmale aufweisendes Kind vom 240. Tage an geboren werden könne, und dass andererseits die Schwangerschaftsdauer bei mittlerer oder übergrosser Entwickelung, wenn auch in seltenen Fällen 302 Tage übersteigen könne. Er hält daher die Einführung einer gesetzlichen Empfängniszeit in solchen Staaten, die bisher einer solchen entbehrten, nicht für nötig, um so weniger, als Übelstände aus der Nichtfestsetzung einer solchen und Zulassung freier Beweisführung in solchen Staaten sich nicht ergeben haben. Wenn aber eine gesetzliche Empfängniszeit festgestellt wird, muss dieselbe so eng als möglich gezogen werden, wenn sie ihren Zweck erfüllen soll, und zwar wird als unterste Grenze der 200. Tag (weil jüngere Früchte in der Regel nicht am Leben bleiben) und als obere der 300. Tag vorgeschlagen, jedoch unter Zulassung freier Beweisführung für die vor und nach diesen Terminen geborenen ehelichen wie ausserehelichen Kinder.

Inouye (74) berechnet aus 1069 Fällen von bekanntem Konzeptions (rectius Kohabitations-)Termin eine mittlere Schwangerschaftsdauer von 269,83 Tagen; als kürzeste Dauer ergab sich 237, als längste 314 Tage. Die meisten Geburten (62,9%) traten zwischen dem 261. und 280. Tage post cohabitationem ein. Bis zur 9. Schwangerschaft wurde eine Zunahme der Schwangerschaftsdauer bemerkt. Bezüglich des Alters der Mütter ergab sich frühzeitiger und später Geburtseintritt vor dem 32. Lebensjahr häufiger

und mit dem Alter in steigender Häufigkeit, nach dem 32. Lebensjahr dagegen überhaupt nicht mehr. Eine Dauer von 237 Tagen war die kürzeste, in der noch Kinder mit den Zeichen der Reife (48 cm Länge) geboren wurden. Zum Schluss wurden 8 Fälle von über 302tägiger Schwangerschaftsdauer angeführt, in denen nur 2mal Kinder von übergrosser Entwickelung (über 51 cm und 4000 g) geboren wurden; 2mal war das Gewicht sogar unter 3000 g. (Die Beweiskraft dieser Fälle scheint nicht absolut sicher, weil in 3 Fällen der angebliche Kohabitationstag mehr oder weniger lang vor den letzten Menstruationstermin fällt. Ref.) Es wird vorgeschlagen, die obere Grenze der Empfängniszeit über den 308. Tag hinaus vorzurücken.

Bedu (9) fand bei normalen frühgeborenen Früchten Länge und Gewicht in einem gewissen Verhältnis zueinander, dagegen nicht bei mazerierten, wo nur die Länge, nicht das Gewicht der Dauer der Schwangerschaft entspricht. Bei mumifizierten Früchten kann aus der Länge auf die Dauer der Schwangerschaft bis zum Fruchttode geschlossen werden. Bei Zwillingen muss zur Bearbeitung der Schwangerschaft die grössere der Früchte verwendet werden. Kongenital-syphilitische Früchte zeigen keine Veränderung der Länge, aber vermindertes Gewicht gegenüber normalen. Früchte von geringem Gewicht im Verhältnis zur Länge werden häufig in Beckenendlage geboren.

Hannes (55) stellt nach den von Kaul (77) ausgeführten Untersuchungen an der Breslauer Klinik fest, dass von 314 über 4000 g schweren Kindern 50% länger als 280 und 11,7% länger als 300 Tage getragen worden waren (Schwangerschaftsdauer a menstruatione berechnet), dass aber auch für 3000—4000 g schwere Kinder 46% nach mehr als 280 und 7% nach mehr als 300 Tagen geboren worden waren. Von den überschweren Kindern haben 14%, von den mittelschweren 21% schon nach mehr weniger erheblich verkürzter Schwangerschaftsdauer die Reife erlangt. Auch die durchschnittliche Länge kann schon bei um 4—6 Wochen zu früh geborenen Kindern erreicht sein. Hannes zieht aus diesen Beobachtungen den Schluss, dass die körperliche Entwickelung der Frucht für die Beurteilung der Schwangerschaftsdauer allein nicht massgebend ist, ferner dass die gesetzliche Empfängniszeit nach oben hin erweitert werden soll, endlich dass zur Begutachtung nicht Hebammen, sondern nur Ärzte zugelassen werden sollen.

In der Diskussion weist Küstner darauf hin, dass die intrauterine Entwickelung in sehr verschiedenem Tempo erfolgen kann und dass das Längenmass des Fötus für die Bestimmung des Fruchtalters nicht ausreicht. Dyrenfurth betont ferner die Unzuverlässigkeit der von Hebammen ausgeführten Messungen.

Heuser (62) stellte nach dem Vorgang Zangemeisters die äusseren Masse der Frucht nach ihrer Grössenentwickelung bis zum Ende der Schwangerschaft in Kurvenform dar. Dargestellt wurden auf diese Weise Gesamtlänge, Gewicht, frontookzipitaler Umfang, frontookzipitaler Durchmesser. Kopfhöhe, Brustumfang, Steissnabelhöhe, Beinlänge und Fusssohlenlänge. Die hergestellten Kurven erleichtern die Altersschätzung einer Frucht in ganz erheblicher Weise.

Kosmak (87) hält übertragene Schwangerschaft, namentlich in den besseren Ständen unter dem Einfluss von Ruhe und Schonung für nicht selten und hat unter 500 Geburten 5 über 5000 g schwere Kinder beobachtet.

Lutz (96) fand am Wöchnerinnenheim Berlin die durchschnittlichen Grössenverhältnisse der Neugeborenen höher als in den Lehrbüchern angegeben wird, und zwar für die 40. Woche (a menstruatione berechnet) als Gewicht 3310, als Länge 54 und als frontookzipitalen Kopfumfang 37 cm. Das letztere Mass fand er häufig durch Kopfgeschwulst und Konfiguration beeinflusst. Die Gewichtszunahme wurde vom 8. auf den 9. Monat auf 730, vom 9. auf den 10. auf 830 und bis zum Ende des 10. Monats auf 430 g festgestellt. Es wird daher vor Vergleichung der von verschiedenen Orten stammenden Statistiken gewarnt.

Reuter (126) fand zwei nach den Angaben der Mutter ganz gleichalterige, frische und intakte Früchte, von denen die eine im Uterus, die andere in der Tube sich entwickelt hatte, in der Entwickelung sehr ungleich, indem die tubare Frucht erheblich weniger entwickelt war und zieht daraus den Schluss, dass Früchte von gleichem Alter sehr verschieden entwickelt sein können. (Die Tube muss übrigens als ungünstiger Nährboden für die Frucht angesehen werden und darum scheint eine Vergleichung von tubaren und uterinen Früchten nicht angängig. Ref.)

Ahlfeld (1) stellt 82 Fälle von Riesenkindern aus der Literatur zusammen und kommt zu dem Schlusse, dass die Verlängerung der Schwangerschaftsdauer für die übergrosse Entwickelung von grosser Bedeutung nicht ist. Körperentwickelung und Ernährung

der Eltern, Multiparität und männliches Geschlecht der Kinder werden als hauptsächlichste Ursachen hervorgehoben.

Villapadierna (156) fand unter 647 rechtzeitig geborenen Kindern 50 von 4000 bis 4500 g und eines von 5000 g = 7,87 $^0/_0$ von 4000 g und darüber.

Brennecke 14) fand unter 12000 Geburten der Breslauer Hebammenlehranstalt 3,3 $^0/_0$ von 4000—4500, 0,3 $^0/_0$ von 4500—5000 und nur 3 über 5000 g Gewicht. In dem mitgeteilten Falle war das 6750 g schwere Kind tot und die Schwangerschaft hatte (a menstruatione) 42 Wochen gedauert.

In der Diskussion erwähnt Rosenstein 2 Kinder von gegen 6000 g Gewicht, eines nach 41 wöchiger Schwangerschaft. Asch erwähnt ein 13 ½ Pfund schweres, Gradenwitz ein 6250 g schweres und 60 cm langes Kind. Letzterer erwähnt einen Fall von Begutachtung der ehelichen Vaterschaft bei einem Kinde von 56 cm und 10 Pfund, dessen eheliche Geburt als möglich angenommen wurde, obwohl der Vater erst 8 Monate 10 Tage vor der Geburt des Kindes zurückgekehrt war.

Hager (53) teilt einen Fall von übertragener Schwangerschaft um 34 Tage (a menstruatione? Ref.) und Geburt eines 58 cm langen, 5500 g schweren Kindes mit. Bei einer weiteren Schwangerschaft derselben Frau wurde nach 294 tägiger Dauer (a menstruatione) ein Kind von 55 cm Länge, 4225 g Gewicht und 37 cm Kopfumfang geboren.

Servy (138) berichtet über 12 Fälle von ungleich entwickelten Zwillingen, an deren Hand er die Superfoetatio impropria (d. i. mit heterotopem Sitz der Eier) für zweifellos möglich, die Superfoetatio vera dagegen für unmöglich und Zwillingsgeburten mit grosser Pause zwischen den 2 Geburtsterminen für nicht beweisend erklärt.

Parrot (111) teilt einen Fall mit, in welchem eine Mehrgebärende, die seit 10 Jahren nicht mehr geboren hatte, plötzlich rasch gebar, ohne eine Kenntnis von dem Bestehen einer Schwangerschaft gehabt zu haben und als Gegenstück einen Fall von eingebildeter Schwangerechaft, bei welchem der Arzt zu der erwarteten Geburt gerufen wurde.

Kriminelle Fruchtabtreibung.

Amschl (2) erklärt die Fruchtabtreibung für ein Gefährdungs-, nicht für ein Tötungsdelikt und will, dass die Schwangere selbst straflos bleibe; ebenso soll der Versuch der Abtreibung nicht strafbar sein.

Goldschmidt (44) bespricht die neuen Bestimmungen über Fruchtabtreibung im Strafgesetzentwurf, welche vor allem die blosse „Verschaffung" von Abtreibungsmitteln auch ohne Entgelt mit der Täterschaftsstrafe belegt und die Täterschaftsstrafe über denjenigen verhängt, welcher Mittel zur Abtreibung oder Fruchttötung anwendet (statt angewendet hat), so dass es also nicht zur Tötung der Frucht gekommen zu sein braucht. Endlich sind die angedrohten Strafmasse durchweg herabgesetzt. Im allgemeinen erklärt sich Goldschmidt mit den Vorschlägen einverstanden, schlägt aber vor, grundsätzlich die Selbstabtreibung und die nicht gewinnsüchtige Abtreibung seitens dritter als Vergehen mit Gefängnis, die gewinnsüchtige Abtreibung seitens dritter dagegen als Verbrechen mit Zuchthausstrafe zu bedrohen. Was die Strafbarkeit des Versuchs am untauglichen Objekt betrifft, so wird dieselbe im Vorentwurf nicht ausdrücklich berührt, dagegen im Gegenentwurf anerkannt. Die sehr wünschenswerte Bestrafung des schuldigen männlichen zur Fürsorge verpflichteten Teiles hat ebenfalls nicht der Vorentwurf, sondern der Gegenentwurf berücksichtigt, während der Verkauf und das öffentliche Feilbieten von Abtreibungsmitteln in das Kurpfuschereiwesen gehört und in dem Entwurf eines Gesetzes gegen Missstände im Heilgewerbe eine Stelle finden soll, jedoch sollte dieses Verbot nicht auf die antikonzeptionellen Mittel Ausdehnung finden.

Bezüglich der Perforation des lebenden Kindes ist der Arzt durch den Notstandsparagraphen gedeckt, während dies bei der Einleitung des künstlichen Abortus, wo die Gefahr für die Mutter keine „gegenwärtige" ist, nicht der Fall ist, es wird daher eine Gesetzesbestimmung gewünscht, welche die Straflosigkeit der ärztlichen Aborteinleitung aus medizinischer Indikation ausdrücklich feststellt (Gegenentwurf), dagegen soll die soziale Indikation ausgeschlossen sein. Die Notwendigkeit einer gesetzlichen Sicherstellung der Sterilisation, des Kaiserschnittes etc. wird verneint.

In der Diskussion spricht Strassmann den Wunsch aus, dass der Verkauf von zur Abtreibung tauglichen Mitteln gesetzlich mit Strafe bedroht werden solle. Gottschalk äussert sich auf Grund eines von Oppenheim vorgetragenen Falles gegen eine Indikationsstellung des künstlichen Abortus unter Berücksichtigung der etwaigen Vererbung einer Krankheit auf das zu erwartende Kind; ferner äussert sich Gottschalk

gegen die Strafbarkeit des Versuchs am untauglichen Objekt, dagegen für die Strafbarkeit des Feilhaltens von Abtreibungsmitteln. Leppmann macht darauf aufmerksam, dass die Befürchtung einer vererblichen Erkrankung des Kindes bei der Mutter zur Wahnidee werden kann, so dass sich die Abort-Einleitung zur Verhütung von Selbstmord rechtfertigt. P. Strassmann äussert sich für Strafbarkeit des Versuchs am untauglichen Objekt und für Strafbarkeit des Feilhaltens von Abtreibemitteln, endlich für Einholung der Einwilligung bei Einleitung des künstlichen Abortus.

Bornträger (11) fordert die Beschränkung des Verkaufs der antikonzeptionellen Mittel auf die Apotheken, das Verbot der Reklame für dieselben und das Verbot der Anwendung durch Hebammen, sowie strengere Indikationen für die Einleitung des künstlichen Abortus durch die Ärzte. In der Diskussion erwähnt Kriege das häufigere Vorkommen von Todesfällen nach Einführung von Abtreibungs-Instrumenten, von deren Vertrieb auch Gasters und Schrakamp üble Folge beobachtet haben.

Brun (17) bekämpft die von v. Winckel gemachten Vorschläge zur Einschränkung der Fruchtabtreibung und spricht sich für Belehrung des Publikums, sowie besonders für gründliche Besserung des Hebammenwesens, strenge Indikationsstellung für den künstlichen Abort seitens der Ärzte und Besserung der Stellung der unehelichen Mütter (und wohl auch der ausserehelichen Kinder! Ref.) aus.

Fleischhauer (26) berechnet die Häufigkeit krimineller Aborte auf 90 % aller septischen Abortfälle. Als hauptsächlichstes Mittel wird intrauterine Seifenwasserinjektion erwähnt. Selbst grosse Exsudate nach perforierenden Scheidenverletzungen führen nur selten zum Abort. In der Diskussion schlägt Stöckel vor, durch Nichtausstellung eines Totenscheines in letalen Fällen eine gerichtliche Sektion zu erzwingen.

Carrère (20) beschuldigt als eine der Hauptursachen der Bevölkerungsabnahme in Frankreich die Abtreibung, indem in den grossen Städten die Zahl der Aborte die der rechtzeitigen Geburten bereits erreicht oder nahezu erreicht hat.

Gräfe (47) sieht in der Zunahme des kriminellen Abortus einen wichtigen Faktor des Geburtenrückganges, ebenso (Diskussion) H. Veit und Fielitz und empfiehlt gerichtliche Verfolgung der gewerbsmässigen Abtreiber.

Hergott (60) erwähnt die beunruhigende Zunahme der Aborte in der Klinik zu Nancy (auf 4304 Geburten 386 Aborte) und erklärt die Mehrzahl der infektiösen Aborte (10 Todesfälle) für kriminell.

Hirsch (64) hält die Zunahme der kriminellen Aborte für einen wesentlichen Faktor des Geburtenrückganges.

Hirsch (65) verwirft die von v. Winckel zur Einschränkung der Fruchtabtreibung vorgeschlagene Meldung jedes Abortes durch Ärzte und Hebammen und Einsendung jeder Abortiv-Frucht an den Amtsarzt zum Zweck der Untersuchung als viel zu kompliziert und doch vergeblich, besonders aber als verwerflich im Hinblick auf die unbedingt aufrecht zu erhaltende ärztliche Schweigepflicht. Er hält für das wirksamste Mittel die Besserung der wirtschaftlichen Lage und das Schwangerschaftsverbot und die Schwangerschaftsverhütung aus therapeutischen Gründen „unter weitgehender Berücksichtigung sozialer, fortpflanzungs- und rassenhygienischer Faktoren", auf keinem Fall aber Zwangsmassregeln und erhöhte polizeiliche Kontrolle.

In einer Replik betont Hirsch (66) die Notwendigkeit einer von ärztlicher Seite geübten Konzeptionsprophylaxe und statt strenger Strafe milde gesetzliche Behandlung und Straflosigkeit der Frauen selbst (nicht der Abtreiber) als wichtigste Mittel zur Einschränkung.

Jacoby (66) hebt die Zunahme der Abortusfälle hervor und schreibt dieselbe, besonders in Anbetracht der Zunahme der von Anfang an septisch verlaufenden Fälle, der Zunahme der kriminellen Aborte zu.

Kocks (86) will nach dem römischen Rechtsgrundsatze „Infans pars viscerum matris" das gesetzliche Verbot der Fruchtabtreibung abgeschafft wissen.

Mc Pherson (98) fand unter 3500 Abortus-Fällen 74 kriminelle mit 13 Todesfällen.

Pilf (117) nennt unter den Ursachen des Geburtenrückgangs ebenfalls die kriminelle Fruchtabtreibung und verlangt ein Verkaufsverbot für die bekannten Uterus-Spritzen mit langem Ansatzrohr.

Pilsky (118) glaubt, dass in den grossen Städten 50 % aller Schwangerschaften abgetrieben werden, und hält die Abtreibung neben der Konzeptionsverhinderung für einen der wesentlichsten Faktoren des Geburtenrückgangs.

Kluge (183) hebt die Zunahme der Fehlgeburten in der Umgebung von Magdeburg hervor und erklärt sie durch eine Zunahme der kriminellen Aborte, die er als eine der wichtigsten Ursachen des Geburtenrückganges beschuldigt; er fordert Strafverschärfung gegen die Abtreibung und bedingten Strafvollzug gegen die Schwangeren selbst, sowie Belehrung der Klientel durch die Ärzte. In der Diskussion bestätigen Landsberg, v. Alvensleben und Thorn den Einfluss der zunehmenden Aborte auf den Geburtenrückgang und letzterer hält 80—90 % der Aborte für kriminell, wozu besonders Sterilette, Spritzen und Intrauterinpessare angewendet werden, deren Verkauf gesetzlich verboten werden sollte. Gleichzeitig wird die Zunahme der Todesfälle an septischem Abort gegenüber den Puerperalfiebertodesfällen hervorgehoben. Desgleichen wird von v. Ingersleben, Burmeister und Friedel die Zunahme der kriminellen Aborte betont. Keferstein hebt die Abnahme der Kindsmorde gegenüber der Zunahme der künstlichen Aborte hervor, welche durch Eihautstich, Curette oder Spritze bewirkt werden. Es wird die Verfolgung der in den Krankenhäusern behandelten Aborte, ferner die Feststellung der sich mit Behandlung weiblicher Geschlechtskrankheiten befassenden Kurpfuscher und der Händler mit Abtreibemitteln empfohlen, des weiteren die Meldepflicht der Hebammen bei Fehlgeburten, die Anstellung von lokalen Ermittelungen bei Verdacht auf kriminellen Abort und bei bestätigtem Verdacht die Anzeige an die Staatsanwaltschaft, endlich die Überwachung der hausierenden Händler.

v. Lingen (93) betont die Zunahme der kriminellen Aborte in der letzten Zeit bei allen Völkern und hält die Hälfte bis zwei Drittel aller Aborte für kriminell, wenigstens unter dem Hospitalmaterial. Der Tod an Sepsis wurde in 1,7 % aller Aborte beobachtet und die Gestorbenen sind wohl alle auf den kriminellen Abortus zu rechnen. Als Symptome des kriminellen Abortus werden angeführt: Schüttelfrost vor Auftreten der Blutung, lange Dauer des serösen oder serös-blutigen Ausflusses, lange Retention des Eies und Ausbleiben wehenartiger Schmerzen, stürmisch verlaufende septische Infektion und peritonitische Erscheinungen am 2.—3. Tage der Erkrankung, dagegen bei weniger intensiver Infektion Fieber und Infiltration des Parametriums mit Zersetzung des Eies. Von Verletzungen werden eigentümliche Risswunden an der Portio und Verletzungen der Cervix durch spitze Instrumente erwähnt; die Uterusperforation ist nicht sehr beweisend, weil sie auch einer geübten Hand vorkommen kann. Von in neuerer Zeit beliebten Abtreibeverfahren werden Jodinjektionen in den Uterus, kombinierte Massage des Uterus, Einbohrung des Fingers in den Muttermund, von innerlich — meist wirkungslos — gebrauchten Mitteln Chinin, Sekale, Senfkörner erwähnt.

Thomae (148) erklärt gesetzliche und polizeiliche Mittel zur Einschränkung der kriminellen Fruchtabtreibung für nutzlos und glaubt, dass nur durch Belehrung des Publikums über die Gefährlichkeit der Eingriffe und erhöhte soziale Fürsorge die Fruchtabtreibung eingeschränkt werden könne.

Schmidt (132) betont die Zunahme der Aborte in den Anstalten und namentlich die zunehmende Häufigkeit schwer infizierter Fälle. Unter 99 Fällen von nachweisbarer Ursache fanden sich 15 mal kriminelle Eingriffe, davon 5 Todesfälle. Als häufigste Methode der Abtreibung wird Einspritzung von Seifenwasser in den Uterus mittelst langer dünner Hartgummispritze und Doppelgebläse erwähnt.

Titus (149) berechnet im Johns Hopkins Hospital die Zahl der Aborte auf 5,76 % aller geburtshilflichen Fälle, die Zahl der sicher nachgewiesenen kriminellen Aborte auf 15 % der Aborte überhaupt und die Zahl der infizierten Aborte auf 78 % unter den kriminellen.

Wolf (163) sieht die Fruchtabtreibung als einen wesentlichen Faktor bei dem Geburtenrückgang an und schätzt für Deutschland die Zahl der jährlichen Abtreibungen auf mindestens 100000. Unter 1000 Abtreibungen kommen nur etwa 5 zur gerichtlichen Verfolgung. Es wird Bestrafung der direkten und indirekten Anreizung oder Anlockung verlangt.

Anders (3) teilt vier tödliche Fälle von Uterusperforation bei Fruchtabtreibung mit, einen an der Vorderwand und einen am Fundus; in einem Falle war der Uteruskörper 3—4 cm oberhalb des äusseren Muttermundes fast vollständig abgerissen. Bei bestehender Schwangerschaft und plötzlichem Eintritt schwerster Symptome mit Exitus und bei der Sektion gefundener gangränöser Uterusperforation ist ein krimineller Eingriff mit Sicherheit anzunehmen, da es eine spontane Gangrän post abortum nicht gibt.

Dumas (24) führt 18 Abtreibungsfälle an, 13 mal durch intrauterine Injektion, 1 mal durch Selbsteinführung eines Laminaria-Stiftes, 2 mal durch Einführung einer Kanüle und je 1 mal durch Zuführen von Absynth und von schleimiger Lösung, ferner 20 Todes-

fälle nach Abtreibung und zwar 3 mal durch Uterusperforation, 4 mal durch toxische Injektionen (darunter 3 mal mit Artemisia, 1 mal zugleich mit Apiol), 3 mal durch intrauterine Injektion, 3 mal durch Einführung einer Kanüle, 1 mal durch Einführung eines gelben Pulvers und 6 mal durch unbekannte Eingriffe. Zur Beschränkung der erschreckenden Zunahme der Abtreibungen wird Bekämpfung der neomalthusianischen Propaganda, strenge Überwachung und Bestrafung der Abtreiber und Fürsorge für die Schwangeren empfohlen.

Gentzen (41) stellt 60 Fälle von Perforation des Uterus bei Abortausräumung zusammen, und zwar 1 mal mit Sonde, 9 mal mit Dilatatoren (darunter 3 Darmvorfälle), 5 mittelst Kornzange (3 Darmvorfälle), 4 mal mit Abortzange (3 mal Darmvorfall), 26 mit Curette (9 mal Hervorziehen oder Verletzung des Darms), 1 mit Uterusstopfer, 3 mittelst Fingers und 11 nach instrumentellem Eingriff mit nicht sicherer Entstehung. Bezüglich der gerichtsärztlichen Beurteilung ist die Stellung der Diagnose, die Wahl des Eingriffs, die Ausführung und die Nachbehandlung zu berücksichtigen. Die Nichterkennung der erfolgten Perforation kann in manchen Fällen als durch entschuldbare Unachtsamkeit oder Zwischenfall (Unruhe der Kranken bei der Operation) bedingt und von Fahrlässigkeit zu trennen sein. In allen Fällen ist der Nachweis des Kausalzusammenhangs zwischen Verletzung und dem schlimmen Ausgang zur Annahme einer Fahrlässigkeit erforderlich.

Tomellini (150) fand bei der Sektion einer vier Wochen post mortem exhumierten Leiche im Uterus Plazentarreste, in Scheide und Kollum Ecchymosen, die auf Eingriffe hinwiesen, im Ovarium ein unverändertes Corpus luteum, in den Brüsten Kolostrum, gut erhaltene thrombosierte Gefässe. Leber und Nieren zeigten Zerfall. Bei einem Todesfall an puerperaler Infektion und Exhumation nach zwei Monaten fanden sich die Darmschlingen mit dem Uterus verklebt und Adipocirebildung; die Gedärme sind demnach gegen Fäulnis ziemlich widerstandsfähig.

Bürger (19) beschreibt drei Fälle von Abtreibung durch ein Intrauterinpessarium mit septischer Endometritis, die in einem Falle zu eitriger Peritonitis und Exitus und in einem Falle zur Totalexstirpation führte. Die schädliche Wirkung dieser jetzt zur Mode gewordenen Abtreibemittel werden auf die meist nicht zu vermeidende Infektion und die starken Blutverluste zurückgeführt und beide Folgeerscheinungen durch die langsame Wirkung des Verfahrens erklärt. Den sich damit befassenden Personen gelingt es gewöhnlich, sich mit der Ausrede zu decken, dass das Pessarium zur Verhütung der Konzeption eingeführt werde. Es wird deshalb ein Verbot der Behandlung aller Krankheiten der Geschlechtsorgane durch Kurpfuscher vorgeschlagen.

Dods (23) beschreibt zwei Fälle von plötzlichem Tod durch Luftembolie, in welchen Injektionen in den Uterus zur Fruchtabtreibung gemacht worden waren, in einem Falle jedenfalls von der Schwangeren selbst. In beiden Fällen waren die Schwangeren tot bzw. moribund aufgefunden worden, die Eihäute waren intakt, der Uterus emphysematös und Hohlvene und rechtes Herz mit Luftblasen gefüllt. In einem Falle waren die Spuren eines eingeführten Instumentes zu erkennen, dessen Weg von Blutaustritten bezeichnet war.

Falgowski (28) beobachtete Uterusperforation nahe dem Fundus durch Selbsteinführung eines gespitzten Bleistiftes zur Fruchtabtreibung.

Franz (34) beobachtete eine Ureterfistel nach Abort, die wahrscheinlich auf Ureterverletzung durch Fruchtabtreibung zurückzuführen ist.

Brettauer (15) beschreibt eine Cervix-Fornix-Fistel der hinteren Lippe mit evertierter Cervixschleimhaut bei virginellem Os externum bei einer Frau, die erst eine Fehlgeburt im 5. Morate gehabt und dann vier ausgetragene Kinder geboren hatte. Es wird angenommen, dass diese Fistel bei der ersten Geburt durch Kopfdruck (wahrscheinlicher bei der Fehlgeburt. Ref.) entstanden war und die folgenden Kinder durch dieselbe hindurch geboren worden sind.

Freund (35) berichtet über zwei nicht tödliche Tetanusinfektionen nach Fruchtabtreibung, die von den Schwangeren selbst in einem Falle mittelst eines Holzspans, im zweiten mittelst Seifenwassereinspritzung in den Uterus unter Gebrauch einer Hartgummi-Glasspritze mit langem geradem Ansatzrohr ausgeführt worden war. Benutzung von Holzwerkzeugen werden für Tetanusinfektion als gefährlich erklärt.

Freund (36) beschreibt bei einem im 4. Monat ausgestossenen Fötus eine Platzwunde an den weichen Schädeldecken, die er durch den straffen äusseren Muttermund, also für spontan entstanden erklärt.

Gerschun (42) beobachtete Selbsteinleitung des Abortus durch Einführung einer mit Watte umwickelten Haarnadel mit Durchbohrung des Uterus.

Greene (48) entfernte aus der Bauchhöhle ein zwischen den Blättern des Mesenteriums liegendes Beinhäkchen, das von der Frau selbst zum Zweck der Fruchtabtreibung

— wie schon einmal früher — eingeführt worden und wahrscheinlich durch eine Uterusperforation in die Bauchhöhle geschlüpft war.

Heyrovsky (63) entfernte aus einer entzündlichen Geschwulst auf der linken Darmbeinschaufel einen Katheter, der wahrscheinlich 5 Jahre früher (es war tatsächlich Abortus erfolgt) unter Perforation des Uterus zur Fruchtabtreibung eingeführt worden war.

Koblanck (85) berichtet über eine kriminell hervorgebrachte Scheidengewölbeperforation und über einen Fall von Durchbohrung der hinteren Uteruswand mittelst eines Bozemanschen Katheters, der stecken blieb und nach Spaltung der vorderen Uteruswand entfernt wurde. Beim septischen Abort wird die Curette wegen der Perforationsgefahr verworfen.

Patek (113) teilt drei Todesfälle nach wahrscheinlicher Fruchtabtreibung mit, jedoch fanden sich bei der Sektion nur in einem Falle ältere Verletzungen in der Höhe des inneren Muttermundes, die auf kriminelle Massnahmen zurückzuführen waren.

Reifferscheid (124) beobachtete Uterusperforation hinten oben dicht hinter dem rechten Tubenansatz durch Selbsteinspritzen von Seifenwasser mittelst Mutterspritze. Die Durchbohrung war mit heftigem Schmerz erfolgt. Peritonitis, Totalexstirpation.

Schwarzwäller (136) entfernte ein abgebrocheens Ansatzrohr einer Braunschen Spritze aus einem im 2. Monat schwangeren Uterus.

Sichel (141) beobachtete tödliche Pyocyaneusinfektion nach Aborteinleitung und Currettierung (! Ref.) seitens einer Hebamme. Der Pyocyaneus wurde im Blute nachgewiesen; der Uterus war nicht verletzt.

Stöckel (145) beschreibt einen Fall von Perforation der Hinterwand des Uterus durch Selbsteinführung einer Uterusspritze zum Zweck der Aborteinleitung. Es fanden Ausräumungsversuche durch einen Arzt statt, der mit der Abortzange einen Gegenstand herausbeförderte, den er für Darm- oder Zystenwand hielt. Bei der Laparotomie fand sich keine Darmverletzung, aber der Dünndarm enthielt teilweise Blut und das Mesenterium war sugilliert. Die Ausräumung mit der Abortzange hält Stöckel für einen Kunstfehler, dagegen hält er die Wintersche Zange für erlaubt. Bei jedem kriminell perforierten Abort sollte die Totalexstirpation gemacht werden.

Stumpf (146) beschreibt einen Fall von Selbsteinspritzung einer unbekannten Flüssigkeit (vielleicht Formalin), die nicht zur Verätzung, sondern zu Fixierung der Schleimhaut des Uterus und beider Tuben führte, obwohl nur Scheideninjektion zugestanden worden war. Exitus an Peritonitis. In der Diskussion erwähnt Rosenstein, dass Selbstinjektion in den Uterus leicht möglich ist, und Maiss hält es für möglich, dass bei Scheideninjektionen unter hohem Druck bei Abschluss der Scheide Flüssigkeit in den Uterus eindringen könne.

Thies (147) beobachtete Liegen eines Intrauterinpessars bis zum 3. Schwangerschaftsmonat, ohne dass Abort herbeigeführt wurde. Die ärztliche Belehrung für Frauen, solche Pessare zur Konzeptionsbehinderung einzuführen, wird ohne das Bestehen einer Indikation für verwerflich erklärt.

Zacharius (166) berichtet über Selbsteinführung einer Haarnadel in den Uterus mit dem Bügel voran behufs Fruchtabtreibung bei zweiwöchiger Verspätung der Menses.

Reuter (126) beobachtete Ausstossung eines völlig lebensfrischen Fötus mit intakter Frucht gelegentlich einer Blasenspülung.

Abtreibungsversuch am untauglichen Objekt.

von Neugebauer (104) stellt 15 aus der Literatur gesammelte Fälle von Abtreibeversuch bei nicht vorhandener, aber vermuteter Schwangerschaft („Versuch am untauglichen Objekt“) mit, von denen fünf tödlich verliefen und macht auf die Häufigkeit der kriminellen Aborte, die er mit Olshausen auf 80 % aller Aborte schätzt, und namentlich auch der Versuche bei nicht vorhandener Schwangerschaft aufmerksam.

Ehrenberg (25) berichtet über drei Fälle von intrauterinen Einspritzungen zur Abtreibung einer fälschlich angenommenen Schwangerschaft, alle von den Frauen selbst ausgeführt, in zwei Fällen mit Seifenwasser. In zwei Fällen entstand Uterusperforation, in einem eine diffuse Schwellung im vorderen Scheidengewölbe, das wahrscheinlich verletzt worden war. In allen Fällen wurde ein Widerstand mit Gewalt überwunden oder die Flüssigkeit mit starkem Druck eingespritzt, stets unter Schmerzen und sofort auftretenden Krankheitserscheinungen.

A. Mueller (100) berichtet über einen Fall von Abtreibungsversuch bei fehlender Schwangerschaft, in welchem eine Frau sich selbst in hockender Stellung mit Hilfe des

möglichst hochgehobenen Irrigators und bei in den Muttermund eingeführtem Ansatzrohr 1‰ Oxycyanatlösung einspritzte. Es traten heftigste Schmerzen und Erscheinungen von Quecksilbervergiftung auf und es wird Übertritt der Injektionsflüssigkeit in Tuben und und Bauchhöhle angenommen.

Sigwart (142) berichtet über einen Fall von Abtreibungsversuch bei nicht vorhandener Schwangerschaft, in welchem die Frau sich selbst in den Uterus einen Schreibgriffel einführte, der zum Teil abbrach und stecken blieb, ferner einen weiteren von Abbrechen eines eingeführten Hartgummiansatzes einer Uterus-Spritze; im ersten Falle wurde in hockender Stellung unter Pressen und Zuhilfenahme eines Spiegels, im zweiten unter Leitung des Fingers die Einführung vollzogen. Besonders verdächtig auf derartige Eingriffe sind Beckenexsudate ohne vorausgegangene Geburt oder Abort, wovon 3 Fälle, darunter ein Todesfall an um sich greifender Phlegmone beschrieben wurden. In einem dieser Fälle wurde die Einführung eines Instrumentes von dritter Seite zugegeben. Die von solchen Kranken gegebene falsche Anamnese kann zu unzweckmässigen und unrichtigen Eingriffen von ärztlicher Seite führen, wie ein weiters mitgeteilter Fall erweist, in welchem Schwangerschaft angenommen, der kleine Uterus für die Cervix gehalten, der Uterus durchstossen und mit der Abortzange ein Stück Darm hervorgezogen wurde. Ferner werden als Ursache solcher Exsudate Intrauterinstifte, die zur Konzeptionsverhinderung eingeführt werden, beschuldigt.

Schmid (131) beobachtete Nekrose eines Myoms mit Durchbruch ins Peritoneum, die er auf einen kriminellen Eingriff bei nicht vorhandener Schwangerschaft auffasst, und einen zweiten Fall von Myomnekrose, in welchem eine Hebamme eine Einspritzung in den Uterus vorgenommen hatte. In beiden Fällen kam es zu Peritonitis und Exitus.

Sippel (143) beschreibt einen Fall von Abtreibeversuch bei nicht vorhandener Schwangerschaft, der im Herumbohren mit einer Stricknadel in den Genitalien bestand, wodurch Peritoneum und Flexur verletzt wurden, dann aber, weil kein Abort eintrat, in zweimaliger gewaltsamer Essiginjektion in den Uterus mittelst Ballonspritze, ausgeführt vom Ehemann. nachdem die Frau das Ansatzrohr selbst eingeführt hatte. Durch die erste Manipulation entstand ein Exsudat im Douglas mit stinkendem Eiter durch Darmbakterien, durch die zweite diffuse Peritonitis infolge Infektion mit virulenteren Keimen von Uterus und Tube aus.

Thomae (148) beschreibt einen Abtreibungsversuch bei nicht vorhandener Schwangerschaft, bei welchem der Ehemann mittelst einer Gummibirnspritze mit Uterus-Ansatz ein zur Verhinderung der Konzeption gebrauchtes Pulver in Wasser suspendiert einspritzte. Die sofort auftretenden Leibschmerzen und Kollapserscheinungen und eine weiche Schwellung hinter dem Uterus nötigten zur Laparotomie, die ergab, dass unter Perforierung der Cervix Flüssigkeit und Pulver zwischen hintere Scheidenwand und Douglas-Peritoneum und ausserdem in den Uterus eingespritzt wurden und das Pulver durch die Tuben in die Bauchhöhle eingedrungen war. Pulver und Spritze waren von einem Fabrikarbeiter unter den Arbeiterfrauen vertrieben worden.

Jung (76) berichtet über 2 Fälle von Abtreibungsversuch ohne Schwangerschaft, im ersten Falle von ärztlicher Seite mit Bildung eines parametritischen Exsudates; im zweiten wurde von der Frau selbst mittelst einer Spritze mit langem Ansatz Schmierseifenlösung statt in den Uterus in die Blase eingespritzt und die Blase perforiert, so dass ein grosser Abszess zwischen Blase und Symphyse mit sekundärem Aufbruch nach dem Cökum entstand und Exitus eintrat. Der 3. Fall betrifft eine Curettage bei Tubarschwangerschaft mit Tod an Sepsis.

Hirsch (67) beschreibt 4 Fälle von Abtreibungsversuchen bei Extrauterinschwangerschaft, in 2 Fällen durch Injektion in dem Uterus (einmal durch Abtreiberin, einmal durch die Schwangere selbst ausgeführt), einmal war die Art des Eingriffs (durch Hebamme) nicht zu ermitteln und einmal versuchte die Schwangere durch Wagenfahrten, Leibmassage, Turnen, heisse Spülungen etc. den Abort hervorzurufen. Die Unterscheidung der Extrauterinschwangerschaft von entzündlichem Adnexstumor ist bei frühzeitig ausgeführtem Abtreibeversuch durch das Schmerzhaftwerden des extrauterinen Fruchtsackes sehr erschwert.

Klauber (81) teilt einen tödlich verlaufenen Fall von Abtreibeversuch bei vermeintlicher Uterin-. aber vorhandener Extrauterin-Gravidität mit, in welchem sich die Frau selbst mit einer mit langem Ansatzrohr versehenen Spritze eine wahrscheinlich konzentrierte Sublimatlösung eingespritzt. hatte. Das Ansatzrohr hatte die Uterus-Wand durchbohrt und war in das linke Parametrium eingedrungen, wo es im Ligamentum latum den linken Ureter quer durchtrennte und Blutung in das parametrane Gewebe hervorrief.

Die Blase war unverletzt und die Nieren waren chronisch nephritisch erkrankt, die rechte bereits funktionsunfähig. Ausserdem fand sich eine nekrotische Partie im Douglas, die mit einer Nekrose in der Rektumwand kommunizierte, wahrscheinlich durch Verletzungen bei den Abtreibe-Manipulationen. Ins Peritoneum war Blut, Harn und Darminhalt ausgetreten.

Knoop (84) berichtet über einen Abtreibeversuch durch innere Mittel bei Extrauterinschwangerschaft; das gebrauchte Mittel war „Mixal", eine Mischung von Pflanzenstoffen, darunter besonders Scillin.

Ramos (122) beobachtete Abtreibungsversuche bei Extrauterinschwangerschaft durch mehrmalige Sondeneinführung seitens einer Hebamme (das letzte Mal mit Schmerz verbunden). Es entstand Peritonitis und bei der Laparotomie fand sich der tubare Fruchtsack mit Eiter und Blutgerinnseln gefüllt und eine Plazenta, aber keine Frucht enthaltend.

Andere Mittel zur Schwangerschafts-Unterbrechung.

Burgl (c. 6) berichtet über einen Fall von Anklage wegen Fruchtabtreibung mittelst „Stahltropfen", die wegen degenerativer Hysterie der unglaubwürdigen Klägerin abgewiesen wurde. Das Mittel wurde im Gutachten für ungeeignet erklärt.

Fränkel beschreibt die durch Röntgen-Bestrahlung hervorgerufenen Veränderungen der Ovarien, welche in letzter Linie in Totalatrophie bestehen. Bei sehr jungen Tieren wird Sterilität, bei bestehender Gravidität Abort hervorrufen (1 Fall beim Menschen nach abwechselnder Bestrahlung der Eierstöcke und der Schilddrüse), und zwar ist bei sehr frühzeitiger Entwickelung der Frucht eine spurlose Vernichtung durch Resorption möglich. Eine diagnostische Durchleuchtung von Schwangeren muss daher mit grosser Vorsicht geschehen. Einige Zeit nach der Bestrahlung können in der Keimdrüse wieder Regenerationsvorgänge eintreten, so dass die Sterilität auch eine vorübergehende sein kann.

von Klot (82) bezeichnet die Röntgenbestrahlung des graviden Uterus als ein nicht sicheres Mittel der Abort-Einleitung in der ersten Schwangerschaftshälfte, dagegen kann bei genügender Einwirkung der Tod der Frucht bewirkt werden. In der zweiten Hälfte bleibt die Schwangerschaft wie es scheint ungestört. In einem in der Münchener Klinik beobachteten Falle wurde im 3. Monat der Tod der Frucht bewirkt.

Baux und Roques (5) beobachteten tödliche Sublimat-Vergiftung 8 Tage nach Selbsteinspritzung von Sublimat in den Uterus. Die Vergiftung wird nicht auf diese Manipulation, sondern auf nachher von der Hebamme vorgenommenen Scheidenspülungen von ¼ ‰ Sublimatlösung zurückgeführt (? Ref.).

Wichern (162) beobachtete Vergiftungserscheinungen, die im wesentlichen in Urämie bestanden, bei einer im 4.—5. Monate Schwangeren durch Einnehmen von 10 g Kleesalz; nach 4 Tagen trat Abortus ein.

Schwalbe und Mücke (134) fanden bei Vergiftung trächtiger Meerschweinchen mit Phosphoröl in der Leber der Föten fettige Degeneration, jedoch in geringerem Grade als beim Muttertier.

Petrucci (116) wies an trächtigen Meerschweinchen den raschen Übergang von Phosphor, Arsen und Quecksilber auf die Frucht nach, welche dieselben Veränderungen der Leber und Nieren zeigt, wie das Muttertier. Bei Vergiftungen leichten Grades waren die Veränderungen bei der Frucht schwerer als beim Muttertier.

Extramembranöse Schwangerschaft.

Beckmann (8) beobachtete Geburt eines nichtausgetragenen lebenden Kindes 9 Wochen nach erfolgtem Fruchtwasserabgang.

Gminder (43) beschreibt eine Plazenta mit charakteristischen Erscheinungen von extramembranöser Schwangerschaft aus dem 8. Monat, nachdem seit dem 4. Monate Wasserabgang bestand.

Linzenmeier (94) beschreibt die Ausstossung einer nicht reifen Frucht 4 Monate nach dem Blasensprung; die lebendgeborene Frucht zeigte Druckdifformitäten der Extremitäten.

Stöckel (44) beobachtete die Geburt eines lebenden Kindes mit Druckdifformitäten (an den Fussgelenken) 6 Wochen nach Fruchtwasserabgang. Schrumpfung des Eisackes an der Plazenta.

Verletzungen in der Schwangerschaft.

Herzog (61) beschreibt eine Verletzung einer zum 10. Male Hochschwangeren durch Fall gegen das Abdomen, die unmittelbar zu starker Blutung und bei der nach

2 Wochen erfolgenden Geburt zu einer grossen Cervixruptur trotz Abwesenheit eines räumlichen Missverhältnisses führte.

Goldschmidt (44) beobachtete spontane Ruptur des Fundus uteri am Ende der Schwangerschaft in Folge von früherer dissezierender puerperaler Metritis.

Reifferscheid (123) beschreibt eine Ruptur des Uterus vom inneren Muttermund bis zum Tubenansatz mit Austritt der der zweiten Schwangerschaftshälfte entsprechenden Plazenta in die Bauchhöhle; die Frucht war nicht mehr vorhanden. Als Ursache wird krimineller Eingriff angenommen.

Wawor (160) teilt 2 Fälle von Traumen während der Schwangerschaft durch Fall mit Blutungen aus den Geschlechtsteilen, einmal durch Pfählung mit Riss der hinteren Scheidenwand bis ins Rektum, mit. In keinem Falle kam es zur Schwangerschaftsunterbrechung.

Zweifel (170) konnte unter 22 Fällen von Lösung der regelrecht sitzenden Plazenta nur einmal ein vorausgegangenes Trauma nachweisen.

Haymann (57) berichtet über Pfählung auf eiserner Gabel mit ausgedehnten Verletzungen der Scheide und des Mastdarms bei einer im 3.—4. Monat Schwangeren. Trotz der Besudelung der Wunden kam es zu keiner Unterbrechung der Schwangerschaft.

Schneider (133) erwähnt einen Fall von Frühgeburt im 7. Monat infolge von Stoss durch ein Kalb gegen das Abdomen mit unmittelbar nach dem Trauma einsetzenden Blutungen. Ein später nachgewiesenes Myom, dessen Entstehung von der Trägerin auf den Unfall zurückgeführt wurde, wurde durch die Begutachtung als Unfallsfolge abgelehnt, jedoch wurde eine Verschlimmerung und Wachstumsbeschleunigung durch den Unfall nicht als unmöglich erklärt.

Fudge (38) beobachtete Durchbohrung des Uterus mit Austritt des durch Zerschmetterung der Wirbelsäule getöteten Kindes in die Bauchhöhle infolge von Selbsterschiessen. Durch die Einschussöffnung war Netz, durch die Ausschussöffnung die Nabelschnur vorgefallen. Die übrigen Bauchorgane waren unverletzt und durch Laparotomie und Uterusnaht konnte die Kranke gerettet werden.

Tucker (153) beschreibt eine Bauchschusswunde links oberhalb des Nabels und im schwangeren Uterus dicht am Fundus. Durch Kaiserschnitt wurde ein lebendes Kind extrahiert, durch dessen Rücken über dem linken Schulterblatt die Kugel eingedrungen und neben der Wirbelsäule stecken geblieben war. Die Mutter starb, das Kind blieb am Leben.

Haykens (59) beobachtete intrauterine Fraktur des Unterschenkels nach Fall der Mutter gegen das Abdomen im 5. Monat.

Nemzowa (103) beschreibt eine intrauterine, infolge von Schlag gegen das Abdomen der Mutter entstandene keulenförmige Missgestaltung der Hand mit Mangel der meisten Knochen und rudimentären Fingern.

Rentoul (125) beobachtete intrauterine Fraktur des Unterschenkels mit Heilung in Winkelstellung mit äusserer Narbe nach Fall gegen das Abdomen im 6. Schwangerschaftsmonat.

Kaiserschnitt post mortem.

Hawes (58) extrahierte 10 Minuten nach dem Tode einer Eklamptischen ein zyanotisches Kind, das noch Herzschlag zeigte, aber nicht belebt werden konnte, durch vaginalen Kaiserschnitt. (Der abdominale Kaiserschnitt wäre wohl schneller auszuführen gewesen. Ref.)

Unterberger (154) machte nach Verblutungstod infolge von Exstirpation der karzinomatösen Klitoris sofort die Sectio caesarea; das Kind war tot.

von Ingersleben (73) beschreibt einen Fall von Sarggeburt mit Inversion des Uterus und Zerreissung des Dammes ohne blutige Durchtränkung der Rissflächen bei einer an Schädelbasisfraktur, Hirnblutung und Meningitis gestorbenen Hochschwangeren. Die Verwesungserscheinungen waren zur Zeit der 4 Tage post mortem vorgenommenen Sektion schon sehr vorgeschritten. Da Temperatursteigerung vorhanden gewesen war, sind beginnende Austreibungsbestrebungen intra vitam nicht ausgeschlossen. Das Kind war ausgetragen.

Über die gerichtlich-medizinische wichtige Diagnostik der Schwangerschaft, namentlich über die serologische Diangnostik ist an anderer Stelle (Physiologie der Schwangerschaft) referiert worden.

Anhang: Operationen während der Schwangerschaft.

1. Andrews, H. R., A case in which torsion of a hydatid of Morgagni during pregnancy without torsion of tube or ovary, caused urgent symptoms. Journ. of Obstet. and Gyn. of Brit. Emp. Bd. 22. p. 220.
2. Bablet, J. L., Le sphacèle des fibromes utérins au cours de la grossesse. Thèse de Bordeaux. 1910/11. Nr. 40. (Ein Fall von Myomenukleation mit Exitus und ein Fall von supravaginaler Amputation; 14 aus der Literatur gesammelte Fälle.)
3. von Beck, B., Struma und Schwangerschaft. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 80. H. 1. (11 Fälle.)
4. Boldt, H. J., Ovarian cyst with twisted pedicle and hemorrhage into the cyst, complicating pregnancy. New York Ac. of Med. Section on Obstet. and Gyn. Sitzg. vom 13. Febr. Am. Journ. of Obstet. Bd. 65. p. 657. (Exstirpation.)
5. Brickner, S. M., Multiple fibroids complicating pregnancy, hysterectomy, recovery. New York Ac. of Med. Section on Obstet. and Gyn. Sitzg. v. 25. I. Am. Journ. of Obstet. Bd. 65. p. 645.
6. Brindeau, Fibrome et grossesse. Soc. d'Obstét. de Paris. Sitzg. v. 21. Dez. 1911. Presse méd. Nr. 2. p. 20. (Exstirpation.)
7. Britt, J. B., Case of uterine fibroid complicated by pregnancy. Journ. of South-Car. Med. Ass. Bd. 8. Nr. 10.
8. Carmichael, E. S., Case of multiple fibroids complicating pregnancy; removal of subperitoneal twisted fibroids at fifth month; caesarean section at term. twins; supravaginal hysterectomy; recovery of mother and children. Edinburgh. Med. Journ. N. S. Bd. 8. p. 253.
9. Carstens, J. H., Pregnancy, simulating extrauterine fetation or pus-tube. Am. Assoc. of Obstet. and Gyn. 25. Jahresvers. Am. Journ. of Obstet. Bd. 66. p. 1023. (Laparotomie auf Grund irrtümlicher Diagnose; Lösung der Adhäsionen des seitwärts fixierten Uterus.)
10. Castello, S. V., Uterusfibrome und Schwangerschaft. Rev. de Med. y Cir. Havana. Bd. 17. Nr. 19.
11. Chaput, Tumeur végétante del'ovaire et grossesse. Soc. de Chir. Sitzg. v. 26. März. Gaz. des Hôp. Bd. 85. p. 569. (Ovariotomie, Frühgeburt, Tod.)
12. Cholmogoroff, S. S., Myom und Schwangerschaft. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1613. (Totalexstirpation im 2. Monat.)
13. Cover, E., Ruptur von Ovarialzysten in der Schwangerschaft. Annali di Ostet. e Ginec. Oktober 1911. (9 Fälle mit Operation und einem Todesfall, 2 nicht operierte Fälle, beide gestorben.)
14. Crew, F. D., Acute pyelonephritis complicating pregnancy. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 828. (Explorative Laparotomie wegen Annahme einer Appendizitis.)
15. Doléris, J. A., Geburtshindernis durch Cervixverschluss, verlängerte Schwangerschaft, Hysterektomie ohne Eröffnung des Uterus. La Gynécol. Nr. 2. (Bei totem Kind.)
16. Ertl, Gravidität bei Uterus myomatosus. Verein d. Ärzte Oberösterreichs. Sitzung v. 1. Febr. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 549. (Fall von abdominaler Totalexstirpation.)
17. Findley, P., Appendicitis complicating pregnancy. Journ. of Am. Med. Assoc. Bd. 59. p. 612.
18. Freipont, Uterusfibrom und Schwangerschaft. Revue mens. de gyn., d'obstét. et de péd. Juli. (2 Fälle von supravaginaler Amputation, einmal wegen Wachsens des Tumors und einmal wegen peritonitischer Erscheinungen.)
19. Fries, H., Schwangerschafts- und Geburtsverlauf bei Beckenechincoccus und Uterus myomatosus. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1209. (Exstirpation eines intraligamentären Echinococcussackes und Enukleation zweier Myome ohne Unterbrechung der Schwangerschaft.)
20. Fuchs, Metastatisches Karzinom beider Eierstöcke bei bestehender Gravidität. Gyn. Ges. Breslau. Sitzung v. 23. Jan. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 35. p. 520. (Mit Stieldrehung des einen Tumors; Exstirpation).
21. Gemmel, Appendizitis und Schwangerschaft. North of England Obstet. and Gyn. Sitzung v. 19. April. Brit. Med. Journ. Bd. I. p. 1131. (2 Fälle von Operation, einer mit Schwangerschaftsunterbrechung und Tod.)

22. Gemmel, Milzruptur in der Schwangerschaft. Ebenda (Laparotomie, Milzexstirpation, Exitus).
23. Gmeiner, Ein Fall von erkannter heterotoper Zwillingsschwangerschaft. Prager med. Wochenschr. Bd. 37. p. 725. (Laparotomie wegen Hämatocele durch Extrauterinschwangerschaft ohne Störung der normalen Schwangerschaft.)
24. Gödecke, Appendizitis und Gravidität. Gyn. Ges. Dresden. Sitzung v. 21. Dez. 1911. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 469.
24. Goergens, H., Schwangerschaft, Adnextumoren und Ileus. Inaug.-Diss. Bonn. (Stieldrehung eines Parovarialtumors, Laparotomie, supravaginale Amputation).
25. Gordon, B., Leber- und Gallenblasenerkrankungen in Schwangerschaft und Wochenbett. Inaug.-Diss. Freiburg 1910. (Inzision Anlegung einer Gallenblasenfistel wegen eitriger Cholecystitis.)
26. Green, R. M., Volvulus and strangulated internal concealed hernia complicating pregnancy. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 166. p. 248. (Laparotomie, Tod.)
27. — Acute torsion of hydrosalpinx complicating pregnancy. Ebenda. (Exstirpation ohne Unterbrechung der Schwangerschaft.)
28. Gutzmann, Retroflektierter und inkarzerierter schwangerer Uterus mit zervikalem Myom. Ges. f. Geburtsh. u. Gyn. Berlin. Sitzung v. 28. Juni. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 72. p. 761.
29. Hahl, C., Gleichzeitige Extra- und Intrauteringravidität. Finsk. Läkars. Handl. April. (Operation ohne Schwangerschaftsunterbrechung.)
30. Hartmann, K., Myomenukleation aus dem graviden Uterus. Gyn. Rundschau. Bd. 6. p. 251. (Trotz Ileus und Fieber keine Schwangerschaftsunterbrechung.)
31. Haymann, Über Toleranz des graviden Uterus. Ärzteverein Wiesbaden, Sitzung v. 17. Jan. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 575. (Ovariotomien, Exstirpation eines extrauterinen Fruchtsackes, eines Bauchbruches und andere Operationen am Uterus ohne Unterbrechung der Schwangerschaft.)
32. — Sarkom des Uterus mit Gravidität im 3. Monat. Ärzteverein Wiesbaden. Sitzung v. 15. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 1585.
33. Henkel, Exstirpation eines schwangeren Uterus bei diffuser Karzinose und Aszites. Naturw.-med. Ges. Jena. Sitzung v. 15. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 839.
34. — Myom und Gravidität. Freie Vereinigung mitteldeutscher Gyn. Sitzg. v. 17. Okt. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 64. (Myomenukleation im 7. Monat; Unterbrechung der Schwangerschaft.)
35. van der Hoeven, P. C. T., Ileus während der Schwangerschaft und im Puerperium. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1535.
36. Hussey, A. A., Fibroma uteri and pregnancy, hysterectomy. New York Obstet. Soc. Sitzung v. 9. April. Am. Journ. of Obstet. Bd. 66. p. 264.
37. Jacobs, Ch., Cancer utérin et grossesse. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 36. Ergänzungsheft. p. 34.
38. Ihm, E., Die Myomnekrose während der Schwangerschaft. Leipzig, J. A. Barth. (Vorschlag der Operation in möglichst konservativem Sinne.)
39. Kaiser, Haarnadel in der Blase einer Gravida. Gyn. Ges. Dresden. Sitzung v. 15. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 816. (Kolpokystotomie.)
40. Kafima, T., Über Bauchoperationen während der Schwangerschaft. Mitteilungen a. d. gyn. Klin. v. Engström. Bd. 10. H. 2.
41. von Klein, C. U., Uterus gravidus mensis X, wegen Retroflexio uteri partialis, bedingt durch subseröses Fibrom, abdominal totalexstirpiert. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 35. p. 423 u. 518. (Heilung, Kind tot.)
42. Knaggs, R. L.. und W. W. Walker, A case of tubal pregnancy; development to term withoute rupture; lithopaedion (skeletonisation), perforation, peritonitis, operation; coincidant uterine pregnancy, subsequent delivery of a living child. Lancet. Bd. 2. p. 75.
43. Koblanck, Walnussgrosses Myom, im letzten Monat der Schwangerschaft in einer Nabelhernie inkarzeriert. Ges. f. Geburtsh. u. Gyn. Berlin Sitzung v. 26. April. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 72. p. 469. (Abtragung des Myoms und Schluss der Hernie.)
44. Küstner, O., Lateralflexion, Torsion und Achsendrehung des graviden Uterus. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 36. Ergänzungsheft. p. 21. (Ovarialtumor mit Achsendrehung operiert, ohne Unterbrechung der Schwangerschaft.)

45. Kusnetzki, D. P., Nephrektomie und Schwangerschaft. Shurn. akusch. i shensk bol. 1911. Nr. 12. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 798. (Nephrektomie bei Steinpyonephrose; keine Störung der Schwangerschaft.)
46. Lardennois, Appendicitis et grossesse. Soc. d'Obstétr. de Paris. Sitzg. v. 21. Dez. 1911. Presse méd. Nr. 2. p 19. (Operation ohne Unterbrechung der Schwangerschaft.)
47. Legueu, F., Péritonite provoquée par un fibrome au cours d'une grossesse. Soc. d'obstétr., de Gynéc. et de Paed. de Paris, Sitzung v. 8. Mai 1911. Annales de Gynéc. 2. Serie. Bd. 9. p. 118.
48. Legrand, H. u. C. Baron, Enucléation abdominale d'un fibrome de 450 grammes sur un utérus gravide au 3me mois. Annales de Gynéc. 2. Serie. Bd. 9. p. 110. (Ohne Unterbrechung der Schwangerschaft.)
49. Lepage, Fibromes et grossesse. Soc. d'Obstétr. de Gynéc. et de Paed. de Paris, Sitzg. v. 13. Nov. 1911. Annales de Gynéc. 2. Serie. Bd. 9. p. 123. (Peritonitische Erscheinungen. Enukleation, Fortdauer der Schwangerschaft.)
50. Levant, Behandlung des Cervixkarzinoms in der Geburtshilfe. Arch. mens. d'Obstétr. et de Gynéc. Sept.
51. Levy, T., Über Myom und Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Bonn. (21 operativ behandelte Fälle aus der Bonner Klinik mit 4 Todesfällen.)
52. Lichtenstein, Über Perityphlitis in der Gravidität. Ges. f. Geburtsh. u. Gyn. Leipzig, Sitzung v. 15. Jan. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1112. (Eröffnung des Appendixabszesses, Frühgeburt, Eiterung; Littauer verlangt in der Diskussion möglichst frühzeitige Operation, ebenso Thies.)
53. Loewe, Stielgedrehter myomatöser gravider Uterus. Ärztl. Verein Frankfurt, Sitzung v. 18. Dez. 1911. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 373. (Laparotomie.)
54. Lomer, Ovariotomie in der Schwangerschaft. Geburtshilfl. Ges. Hamburg, Sitzung v. 12. Nov. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 107. (Wegen Stieltorsion im 6. Monat.)
55. Lucy, R. H., Combined pregnancy. Journ. of Obstetr. and Gyn. of Brit Emp. Bd. 21. p. 144. (Gleichzeitige intra- und extrauterine Schwangerschaft.)
56. Meyer, L., Ileus i svangerskabet. Ugeskr. f. Laegev. 1910. Nr. 21. (Appendektomie ohne Störung der Schwangerschaft.)
57. Mohr, L., Myomata uteri bei Gravidität im 5. Monat. Gyn. Ges. Breslau, Sitzung v. 11. Juni. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 36. p. 368. (Supravaginale Amputation.)
58. — Carcinoma cervicis bei Gravidität im 1.—2. Monat. Ebenda. (Vaginale Exstirpation.)
59. Nyström, Erfahrungen über Ovariotomie während der Gravidität und des Puerperiums. Finsk. Läkarasällsk. Handl. 1911. (43 Fälle ohne Todesfall, in 8 Fällen Geburt vor der Zeit, aber nur in 3 Fällen als Folge der Operation.)
60. Oliver, J., Multilocular or alveolar hydatid in the left broad ligament complicated by pregnancy. Lancet. Bd. 1. p. 1273. (Exstirpation mit darauffolgendem Abortus.)
61. Oui, Kyste de l'ovaire et grossesse. 14. Kongr. d. franz. Ges. f. Geb. Annales de Gyn. et d'Obstétr. 2. Serie. Bd. 8. p. 745. (Ein in der Schwangerschaft operierter Fall und zwei gleiche von Brouha und Audebert.)
62. Palm, Auf die Scheide weit vorgeschrittenes Portiokarzinom mit Gravidität mens. III. Ges. f. Geburtsh. u. Gyn. Berlin, Sitzung v. 28. Juni. Zeitschr, f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 72. p. 762. (Wertheimsche Operation.)
63. Perner, A., Degenerative Veränderungen der Myome in der Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Bonn. (Zwei operierte Fälle.)
64. Pernice, L., Über Zwillingsschwangerschaft mit heterotopem Sitz der Früchte. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 320. (Exstirpation des Fruchtsackes, bald darauf uteriner Abortus.)
65. Pinzani, E., Carcinoma del collo dell' utero e gravidanza. Soc. tosc. di ostetr. e gin., Sitzung vom 24. Febr. 1911. Annali di Ostetr. e Gin. Bd. 33. p. 242. (Zwillingsschwangerschaft, Sectio caesarea, zwei lebende Früchte, Uterusexstirpation, Heilung.)
66. Placzek, Resektion eines vereiterten Niereninfarkts. Demonstrationsabend Krankenh. Hasenheide. 13. Nov. 1911. Med. Klinik. Bd. 8 p. 169. (Gravida im 8. Monat.)
67. Potocki u. Sauvage, L'hypertrophie rapide et précoce des fibromes utérus pendant la grossesse. Soc. d'Obstétr. de Gynéc. et de Paed. de Paris, Sitzung v. 3. April 1911. Annales de Gynéc. 2. Serie. Bd. 9. p. 117. (Totalexstirpation.)
68. Pousson, A., Nierenstein und Schwangerschaft. La Gynécologie Nr. 2. (Pyelotomie, Naht des Nierenbeckens, Heilung.)

69. Reifferscheid, Myom der hinteren Muttermundslippe. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. Bonn, Sitzung v. 15. Juli. Med. Klinik. Bd. 8. p. 1765. (Exstirpation im 5. Schwangerschaftsmonate, nach 5 Tagen Ausstossung.)
70. Richardson, M. H., Surgical diseases of the abdomen and uterus complicating pregnancy. Am. Surg. Assoc., Journ. of Am. Med. Ass. Bd. 59. p. 300. (Mitteilung von Kasuistik in der Diskussion von Lilienthal, Eliot, Harte, Le Conte, Gerster und Porter.)
71. Rosenstein, Grosses Fibrom der linken Niere; Gravidität. 5. Monat. Gyn. Ges. Breslau, Sitzung v. 23. Jan. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 35. p. 515. (Nephrektomie ohne Unterbrechung der Schwangerschaft.)
72. Rüder, Zwei Fälle von Uterusexstirpation bei Gravidität. Geburtsh. Ges. Hamburg, Sitzung v. 15. Okt. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 103. (Ein Fall im 5. Monat wegen hochgradiger Verdünnung der Kaiserschnittnarbe.
73. Scholl, Gleichzeitige Extra- und Intrauterinschwangerschaft. Fränk. Ges. f. Geburtsh. u. Gyn., Sitzung v. 11. Nov. 1911. Münch. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 53. (Totalexstirpation.)
74. Schultz, Ovarienzyste in der Fossa Douglasii angewachsen, im 9. Monat der Schwangerschaft. Hospitalstid. 1911.
75. Sichel, Pregnancy complicated by a fibroid of the anterior wall of the uterus with varicosities of the broad ligament. New York Ac of Med., Sitzung v. 18. April. Med. Record New York. Bd. 81. p. 1012. (Zweimalige Laparotomie, zuerst zur Myomenukleation, nach einigen Tagen zur Entfernung der ganz akut erkrankten Appendix.)
76. Siegel, P. W., Genitaltumoren und Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Freiburg 1911. (11 Ovarialtumoren, 16 Myome, 2 Karzinome.)
77. Solomons, B., Prolapse and pregnancy, with a note on vaginal suspension. Journ. of Obstetr. and Gyn. of Brit. Emp. Bd. 21. p. 155. (Alexander-Adamsche Operation ohne Unterbrechung der Schwangerschaft.)
78. Stähler, F., Fibromyoma uteri mit intrauteriner Gravidität. Mittelrhein. Ges. f. Geburtsh. u. Gyn., Sitzung v. 19. Nov. 1911. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 35. p. 364. (Supravaginale Amputation.)
79. Stark, J. N., Fibromyomata of uterus complicationg precgnancy. Journ. of Obstetr. and Gyn. of Brit. Emp. Bd. 22. Nr. 2.
80. Steinthal, Cervixkarzinom und Gravidität. Stuttg. ärztl. Ver., Sitzung v. 2. Nov. 1911. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1117. (Vaginale Exstirpation; ein weiterer Fall wird in der Diskussion von Zeller mitgeteilt.)
81. Stillwagen, Ch. A., The treatment of ectopic pregnancy, with report of cases, including a case of Lithopedion complicating uterine pregnancy. Am. Journ. of Obstetr. Bd. 65. p. 21. (Exstirpation ohne Unterbrechung der Schwangerschaft.)
82. Suchier, Uteruskarzinom und Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Freiburg 1910. (Zusammenstellung von 441 Fällen.
83. Swayne, W. C., Operations on uterus and appendages during pregnancy. Bristol Med.-Chir. Journ. Bd. 30. Nr. 115.
84. Thies, Beitrag zur Perityphlitis in der Gravidität. Ges. f. Geburtsh. u. Gyn. Leipzig, Sitzung v. 19. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1123. (Exstirpation ohne Schwangerschaftsunterbrechung.)
85. Wagner, A. Über operative Eingriffe, insbesondere an den Genitalorganen während der Schwangerschaft. Württemb. med. Korresp.-Bl. 13. Jan. (Schwangerschaft, keine Gegenanzeige gegen eine Operation.)
86. Waldo, R., A case of fibroid complicating a pregnancy at the fourth month. New York Ac. of Med., Section on Obstetr. and Gyn., Sitzung v. 25. Jan. Am. Journ. of Obstetr. Bd. 65. p. 652. (Totalexstirpation.)
87. Ward, G. G., Fibroma uteri complicating pregnancy, myomectomy. New York Obstetr. Soc., Sitzung v. 9. April. Am. Journ. of Obstetr. Bd. 66. p. 262. (Frühgeburt 5 Wochen nach der Operation.)
88. Watt, J., Fibroma uteri associated with pregnancy. New York Obstetr. Soc., Sitzung v. 9. April. Am. Journ. of Obstetr. Bd. 66. p. 267.
89. Wawor, G., Zwanzig Jahre Geburtshilfe auf dem Lande. Prag. med. Wochenschr. Bd. 37. p. 456. (Eröffnung eines Appendix-Abszesses in der Schwangerschaft ohne Unterbrechung der letzteren.)

90. Weber, W., Über Gebärmutterkrebs und Schwangerschaft. Inaug.-Diss. München. (Dringende Indikation der Operation bei operablem Karzinom.)
91. Werder, X. O., Treatment of the retroflexed gravid adherent uterus with report of two cases. Amer. Journ. of Obstetr. Bd. 63. p. 290.
92. Young, J. V. D., A case of myomectomy during pregnancy; abortion, followed by a normal pregnancy. New York Obstetr. Soc., Sitzung v. 9. April. Am. Journ. of Obstetr. Bd. 66. p. 265.

---

e) Die Geburt in gerichtlich-medizinischer Beziehung.

1. *Altkaufer, Totale Uterusinversion sub partu mit haftender Plazenta mit ungewöhnlich günstigem Verlauf. Med. i Kron. Lekarsk. 1911. Nr. 34.
2. *Aystoun, J. H., Acute inversion of the uterus. Lancet. Bd. 2. p. 1580.
3. Baus, Dreitägige Retention der Plazenta mit Nekrose. Ges. f. Geburtsh. u. Gyn., Köln, Sitzung v. 29. März 1911. Monatsschr. f, Geburtsh. u. Gyn. Bd. 36. p. 731.
4. *Bauereisen, A., Ein Fall von spontaner Uterusruptur. zugleich ein Beitrag zur Ätiologie der Uterusruptur. Arch. f. Gyn. Bd. 96. p. 11.
5. *Beckmann, W., Zur Kasuistik und Therapie der chronischen Uterusinversion. St. Petersb. med. Zeitschr. Bd. 37. p. 359.
6. Blacker, G., Rupture of the uterus; a series of 8 cases including three cases treated successfully by operation. Lancet. Bd. 1. p. 84. (4 nach Wendung oder Wendungsversuch, 1 nach Perforation, 1 nach Herabholen des Fusses bei Placenta praevia, 1 nach Forzeps und 1 nach Spontangeburt.)
7. Bodle, H., Die Kraniotomie und die Bonner Frauenklinik. Inaug.-Diss. Bonn. (Verteidigung der Kraniotomie am lebenden Kinde bei engem Becken und Ablehnung des Kaiserschnitts bei schweren Komplikationen.)
8. *Boyd, G. M., Complete inversion of the uterus and vagina. Obstetr. Soc. of Philadelphia, Sitzung v. 7. März. Am. Journ. of Obstetr. Bd. 65. p. 1026.
9. Bretschneider, Vier Fälle von violenten Gebärmutterzerreissungen. Ges. f. Geburtsh. u. Gyn., Leipzig, Sitzung v. 20. April. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1436. (Ein Fall von violenter Uterusruptur durch Wendung und ein Fall von inkompletter Ruptur beim Versuch gewaltsamer Extraktion am Beckenende bei sechsmonatiger Schwangerschaft.)
10. Brodhead, G. L., Spontaneous rupture of the the uterus during labor. New York Obstetr. Soc., Sitzung v. 13. Febr. Am. Journ. of Obstetr. Bd. 65. p. 623. (Ruptur wahrscheinlich infolge von Verletzungen bei früheren Geburten; weites Becken.)
11. *Butler, G. H., Complete inversion of the uterus. Brit. med. Journ., Bd. 2. p. 1309. und Lancet. Bd. 2. p. 1584.
12. Calmann, Uterusruptur bei künstlicher Frühgeburt wegen Beckenenge. Ärztl. Ver. Hamburg, Sitzung v. 3. Dez. Münch. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2839.
13. Central Midwives Board. Lancet. Bd. 1. p. 405, 1082 u. 1795 u. Bd. 2. p. 330 u. 1841. (Verurteilung von Hebammen teils wegen Nichtherbeiholung ärztlicher Hilfe bei Fieberfällen, bei Nachgeburtsblutung, bei Abort, ferner Infektion durch ein Panaritium am Daumen und Nichtanzeige und Nichtanrufung ärztliche Hilfe bei Blepharoblennorrhöe.)
14. *Corin, Pathogénie des écchymoses sous-endocardiques dans la mort par hémorrhagie. 2. Congrès de Méd. lég. de langue franç. Annales d'hyg. publ. et de méd. lég. 4. Serie. Bd. 18. p. 372.
15. Dahlmann, Spontanruptur des Uterus in der Eröffnungsperiode der Geburt. Ges. f. Geburtsh. u. Gyn. Berlin, Sitzung v. 12. Juli. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 72. p. 779. (Ohne Vorboten bei normalem Becken bei der Defäkation aufgetreten.)
16. *Damm, G., Beitrag zur Lehre von der Uterusruptur. Inaug.-Diss. Giessen 1911.
17. *Day, H. F., Inversion of the uterus. Boston med. and. Surg. Journ. Bd. 167. p. 361.
18. Durante, G., Examen histologique des pièces d'un cas de mort subite après l'accouchement chez une cyphotique. Soc. d'Obstétr. de Paris, Sitzung v. 21. Dez. 1911. Presse méd. Nr. 2. p. 19. (Tod durch Myodegeneration des Herzens.)
19. Eichhoff, L., Seltsames Vorkommnis. Allg. deutsche Hebammenzeitg. 1911. Nr. 6. (Mastdarmscheidenfistel bei Armvorfall und Spontangeburt.)

20. Fetzer, Über den Einfluss der Geburtsarbeit auf kranke Herzen. Oberrhein. Ges. f. Geburtsh. u. Gyn., Sitzung v. 28. April. Beitr. z. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 17. p, 394. (1 plötzlicher Todesfall in partu, Kaiserschnitt eine Minute nach dem Tode, lebendes Kind; ein plötzlicher Todesfall während des vaginalen Kaiserschnitts im 8. Monat.)
21. *Frey, Trauma in der Nachgeburtsperiode. Oberrhein. Ges. f. Geburtsh. u. Gyn., Sitzung v. 27. Okt. Beitr. z. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 18. p. 161.
22. *Fritsche, E., Zur Frage der Incontinentia urinae. Inaug.-Diss. Freiburg.
23. Grabowiecki, C., Über einen Fall von Ruptura rectovaginalis bei spontaner Geburt. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 667. (Vorfall der Hand des Kindes durch den Anus.)
24. Grossmann, M., Beitrag zur Kenntnis der Spontanruptur des Uterus sub partu. Inaug.-Diss. Berlin.
25. Gusew, Uteruszerreissung während der Geburt. Russk. Wratsch 1911. Nr. 45. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 85. (Nach Wendung und Extraktion; Darmvorfall.)
26. Heinricius, G., Zwei Fälle von sog. verschleppter Querlage. Finsk. Läkars. Handl. Juni. (Ein Fall nach vergeblichem Wendungsversuch seitens einer Hebamme.)
27. *Hellier. Acnte inversion of the uterus. North of England Obstetr. and Gyn. Soc., Sitzung v. 17. Mai. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 1366 u. Bd. 2. p. 310.
28. Holste, C., Ein Fall von Scheidenmastdarmfistel mit unklarer Ätiologie, Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 423. (Bei Spontangeburt.)
29. *Klix u. Schüler, Violente oder spontane Scheidenruptur? Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 25. p. 117.
30. Kroemer, Rissverletzung der Scheide und Cervix mit anschliessender Uterusruptur. Med. Verein Greifswald, Sitzung v. 26. Jan. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p, 782. (Nach vergeblichem Zangenversuch bei Gesichtslage mit hohem Querstand.)
31. Kupferberg, Violente Uterusruptur mit Kolpaporrhexis. Mitteldeutsche Ges. f. Geburtsh. u. Gyn., Sitzung v. 19. Mai. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 36. p. 352. (Durch Wendung und Extraktion, normales Becken.)
32. Kupferberg, Uterusruptur. Ärztl. Kreisver. Mainz, Sitzung v. 13. März. Münch. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1132. (Violent, nach Wendung und Extraktion bedingt; komplette Kolpaporrhexis mit Zerreissung des Uterus an der Kante vom Muttermund bis zur Tubenecke.
33. — Riesenuterusmyom mit Retentio placentae mensis V. Ärztl. Kreisver. Mainz, Sitzung v. 13. März. Münch. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1132. (Faulige Zersetzung d. Plazenta nach 36stündiger Retention.
34. Ladinski, L. J., Rupture of uterus during parturition. New York Ac. of Med., Section on Obstetr. and Gyn., Sitzung v. 23. Febr. Med. Record. Bd. 81. p. 546. (Bei Wendung und Extraktion entstanden.)
35. Loewinsohn, B., Die Beckenverletzungen unter der Geburt, ihre Ätiologie, Symptome und Behandlung. Inaug.-Diss. Freiburg 1910.
36. Lott, H. S., An obstetric accident. Am. Journ. of Obstetr. Bd. 65. p. 81. (Kolpaporrhexis mit Vorfall von Darmschlingen nach Zangenentbindung.)
37. Martin, E., Uterusruptur. Ges. f. Geburtsh. u. Gyn. Berlin, Sitzung v. 12. Juli. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 72. p. 781. (Bei tief im Becken stehendem Kopf spontan aufgetreten.)
38. — Verblutung bei spontaner Uterusruptur. Ges. f. Geburtsh. u. Gyn. Berlin, Sitzg. v. 25. Okt. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. p. 807. (Im Beginn der Eröffnungsperiode bei IX para aufgetreten.)
39. Marx, S., A unique labor case. New York Soc. of Med., Sitzung v. 4. Jan. Med. Record New York. Bd. 81. p. 244. (Zerreissung des Septum rectovaginale und Austritt von Schulter und Arm durch den Anus nach Entwickelung des Kopfes mittelst Achsenzugzange.
40. *Minuchin, N., Über die Ruptur der Symphysis ossium pubis unter der Geburt. Wien. klin. Rundsch. Bd. 26. p. 689 u. Inaug.-Diss. Basel.
41. Monin, L., Über Perforation des Kopfes. IV. russ. Gyn.-Kongr. 1911. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 35. p. 229. (Die Perforation des lebenden Kindes ist nicht zu umgehen, wenn Kaiserschnitt abgelehnt wird.)
42. Morestin, Gangrène génitale d'origine dystocique. Soc. de Chir., Sitzung v. 14. Febr. Gaz. des Hôp. Bd. 85. p. 280. (Ausgedehnte Gangrän des Septum urethro-vesico-

cervico-vaginale und rectovaginale nach Zangenversuch und schwieriger Extraktion bei Steisslage und Perforation des nachfolgenden Kopfes.)

43. *Mosbacher, E., Beitrag zur Ätiologie und Therapie der Uterusruptur. Inaug.-Diss. Erlangen. 1911.

44. Nieszytka, Über Verblutung unter und gleich nach der Geburt vom gerichtsärztlichen Standpunkt. Friedrichs Blätt. f. d. ger. Med. u. San.-Polizei. Bd. 63. p. 24.

45. Noon, C., Traumatic rupture of uterus with prolapse of intestines into vagina followed by chronic intestinal obstruction. Journ. of. Obstetr. and Gyn. of Brit. Emp. Bd. 22. Nr. 4.

46. *Nyström, Inveterierte puerperale Uterusinversion. Finsk. Läkarasällsk Handl. 1911.

47. Pain, F., Complete inversion of uterus. Australas. Med. Gaz. Bd. 32. Nr. 3.

48. *Philips, M. H., The treatment of acute puerperal inversion of uterus. Journ. of Obstetr. and Gyn. of Brit. Emp. Bd. 21. p. 159.

49. *Platz, W., Das Recht des ungeborenen Kindes auf Leben. Inaug.-Diss. Freiburg 1910.

50. *Potel, G., Genitale Gangrän nach schwerer Entbindung. La Gynécologie. Bd. 16. Nr. 6.

51. Rongy, A. J., Report of a case of delivery throngh the perineum. Am. Journ. of Obstetr. Bd. 65. p. 608. (Spontane Durchbrechung des Septum rectovaginale und des Dammes.)

52. *Rouvier, J., Des ruptures de la voute du vagin pendant le travail. Annales de Gynéc. 2. Serie. Bd. 9. p. 193.

53. Salzberger, M., Über die Gefährdung des Kindes durch das in der Geburt gegebene Skopolamin-Morphium. Inaug.-Diss. Freiburg 1910. (Leugnet eine Gefährdung des Kindes.)

54. Saniter, Durch Metreurynter abgerissene Portio. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin, Sitzg. v. 22. März. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. p. 496. (Durch Zug am Metreurynter bei Placenta praevia.)

55. Schütze, Irreparable Ruptur der Urethra post symphyseotomiam. Nordostd. Ges. f. Gyn. Sitzg. v. 25. XI. 1911. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 101. (Schwere Harnröhrenverletzung nach Inkontinenz.)

56. Scipiades, E., Inkomplette Uterusruptur. Ges. d. Ärzte Budapest, Sitzg. v. 22. VI. Pester med.-chir. Presse. Bd. 48. p. 193. (Bei Wendung entstanden.)

57. *Seyberth, L., Ein Fall von Uterusruptur bei Uterus bipartitus. Med. Klinik. Bd. 8. p. 279.

58. Steudemann, Klinische Erfahrungen über die Cervixdilatation nach Bossi. Inaug.-Diss. Freiburg. (4 Todesfälle infolge von Verblutung an Cervixrissen, die aber mehr der nachfolgenden Entbindung als der Dilatation zugeschrieben werden.)

59. Stöckel, W., Tödliche intraperitoneale Verblutung intra partum. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn., Sitzg. v. 11. Nov. 1911. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 483. (Verblutung durch Platzen eines subserösen Varix an der Hinterfläche des Uterus in der Höhe des inneren Muttermundes.)

60. Strassmann, P., Uterusruptur. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin, Sitzg. v. 12. VII. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. p. 774. (Bei engem Becken nach Zangen- und Wendungsversuch.)

61. *Treub, De Verloskunst, verdedigt Tegenover de Verloskundigen. Nederl Tjidschr. v. Geneesk. 1910. II. Nr. 2.

62. Verurteilung einer Hebamme wegen fahrlässiger Tötung. Urteil d. Reichsgerichts vom 24. Mai. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 25. II. Beil. p. 167. (Zurückgebliebene grössere Nachgeburtsreste nach rechtzeitiger Geburt; die Hebamme holte den Arzt erst nach 36 Stunden, obwohl die Blutung eine starke und während der ganzen Zeit andauernde war.)

63. Verurteilung einer Hebamme wegen fahrlässiger Tötung. Urteil des Reichsgerichts vom 24. Mai. Med. Klinik. Bd. 8. p. 1256. (Die Hebamme hatte nicht bemerkt, dass Plazentarstücke zurückgeblieben waren und rief trotz starker Blutung nicht ärztliche Hilfe an.)

64. *Vogelsberger, Zur Kasuistik und Genese der traumatischen Verletzungen der weichen Geburtswege. Arch. f. Gyn. Bd. 97. p. 474.

65. *Wawor, G., Zwanzig Jahre Geburtshilfe auf dem Lande. Prager med. Wochenschr. Bd. 37. p. 482.
66. Wesenberg, W., Verblutung während der Geburt infolge Ruptur eines Aneurysmas der Milzarterie. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 463.
67. Winternitz, H., Über sogenannte Pantoponvergiftungen neben Bemerkungen über tabische Atemkrisen und über die Wirkung eines morphinfreien Pantopons. Therap. Monatsh. März. (Betont die Möglichkeit von Pantopon-Vergiftungen und hält die Kombination von Pantopon mit Skopolamin für nicht ungefährlich.)
68. Zacharias, Zur Kasuistik der Verletzungen des Genitaltraktus im Anschluss an Spontangeburt und geburtshilfliche Operationen. Nürnb. med. Ges. u. Poliklinik, Sitzg. v. 11. I. Münch. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 615. (Ein tief ins paravaginale und paraproktale Gewebe reichender, die Scheide fast in ganzer Länge durchziehender, stark blutender Riss bei Spontangeburt.)
69. Zurücknahme des Prüfungszeugnisses einer Hebamme wegen Unzuverlässigkeit. Entscheidung des preuss. Oberverwaltungsgerichts v. 2. III. 1911. Medizinalarchiv 1911. H. 2. (Zerrung an der Nachgeburt und unvollständige Entfernung derselben, Nichtberufung eines Arztes trotz drohender Verblutung.)

Platz (49) betont gegenüber Hegar angesichts der Fortschritte der heutigen geburtshilflichen Technik die Berechtigung einer höheren Wertschätzung des kindlichen Lebens und die Berechtigung einer Erweiterung der Indikation zum Kaiserschnitt gegenüber der Perforation.

Treub (61) bezeichnet die Perforation des lebenden Kindes für gewisse, wenn auch seltener gewordene Fälle als unvermeidbar.

Wawor (65) erklärt unter den ungünstigen Verhältnissen der Landpraxis die Opferung des lebenden Kindes zugunsten der Mutter für öfters notwendig und unvermeidbar.

Minuchin (40) beobachtete Ruptur der Symphyse bei Anlegung der Zange an den am Beckenboden stehenden Kopf bei verengtem Becken.

Fritsche (22) berichtet über einen Fall von Symphysen-Ruptur nach hoher Zange bei Gesichtslage; später trat nach nochmaliger Spontangeburt in Gesichtslage, wahrscheinlich durch eine erneute Ruptur, hartnäckige Harn-Inkontinenz auf.

Bauereisen (4) führt als Prädisposition zur Uterus-Ruptur telangiektatische Veränderungen des Cervix und des Korpus zusammen mit Atrophie des unteren Uterinsegmentes und der Ligamente an.

Grossmann (24) beschreibt einen Fall von spontaner, ohne alle nachweisbare Ursache und ohne Vorboten bei schwacher Wehentätigkeit bei einer XIIIpara mit normalem Becken aufgetretener Uterusruptur, die infolge Zerreissung einer grösseren Vene rasch tödlich endete. Durch Sectio caesarea post mortem wurde ein tief asphyktisches. nicht zu belebendes Kind zutage gefördert. Die mikroskopische Untersuchung der Uterus-Wandungen nahe der Rissstelle ergab keine nennenswerten Veränderungen.

Damm (16) beschreibt 4 Fälle von Uterusruptur bei Vielgebärenden mit nur wenig verengtem Becken, darunter einen bei in der Vulva sichtbarem Kopf und einen bei nicht sachgemäss behandelter Schieflage; in dem 4. Falle war die Ruptur violent infolge vergeblichen Zangenversuchs bei hochstehendem Kopf eingetreten.

Seyberth (57) beschreibt einen Fall von Schwangerschaft in einem Uterus bipartitus im 7. Monate. in welchem die Schwangere ihres Zustandes völlig unbewusst war; die leere Uterushöhle hatte unregelmässig weiter menstruiert. Die gravide Hälfte war wahrscheinlich durch ein Trauma geborsten und Fötus und Plazenta waren in die Bauchhöhle ausgetreten.

Mosbacher (43) teilt 2 Fälle von violenter Uterusruptur, einen nach Wendungsversuch und einen nach manueller Plazentarlösung, ferner einen Fall von violenter Kolpaporrhexis, in welchem das Scheidengewölbe bei manueller Plazentarlösung durchgestossen worden war.

Frey (21) berichtet über einen Fall von Zerreissung des hinteren Scheidengewölbes mit Netz- und Darmvorfall nach manueller Plazentarlösung seitens einer Hebamme. Das eingeleitete gerichtliche Verfahren wurde ausgesetzt. Die Möglichkeit einer solchen Zerreissung bei Plazentarlösung wird bezweifelt, in der Diskussion dagegen von Sellheim

bei ungeschicktem Verfahren bejaht. Mayer glaubt, dass ein spontaner Eintritt der Zerreissung intra partum nicht auszuschliessen ist und Wormser beobachtete Zerreissung des hinteren Laquear durch Kohabitation 14 Tage post partum.

Klix und Schüler (29) beschreiben einen Todesfall durch quere, 11 cm lange Durchreissung des Bauchfells oberhalb des Blasenscheitels bei einer nach der Geburt Verstorbenen, bei welcher eine Hebammenpfuscherin eine Untersuchung vorgenommen hatte und Hebamme und Arzt schon bei ihrer Ankunft bedrohliche Erscheinungen vorgefunden hatten. Die normal inserierte Plazenta war vor der Frucht in der Scheide geboren worden. Eine spontane Entstehung des Risses war wegen der Beckenverengerung nicht auszuschliessen (Conj. vera 8 cm).

Rouvier (52) erklärt die Kolpaporrhexis in der Mehrzahl der Fälle für eine violente Verletzung, besonders bei Wendung, manueller Plazentarlösung und bei unvorsichtiger instrumenteller Entbindung und Einführung der Instrumente in falscher Richtung. Es werden 3 tödliche Fälle mitgeteilt, 2 nach Wendung und Extraktion und einer nach Zangenentbindung; in dem letzteren Falle kam es zur Anklage wegen Kunstfehlers, jedoch war offenbar die Verletzung schon vor Ausführung der Operation spontan eingetreten.

Vogelsberger (64) beschreibt 4 Fälle von Durchreissung der Harnröhre und zwar 2 durch Tamponade (die in einem Falle ohne Spekulum ausgeführt worden war) und zwei nach Hebosteotomie; in einem der letzteren Fälle war ebenfalls fest tamponiert worden, so dass die Verletzung auch dadurch zustande gekommen sein kann. Ferner wird ein Fall von schwerer Verletzung des unteren und mittleren Drittels der Scheide, wahrscheinlich durch vergebliche Wendungsversuche mit tödlicher Blutung mitgeteilt und schliesslich 3 Fälle von Fornixrupturen, einen nach Braxton-Hicksscher Wendung, einen nach vergeblichen Entbindungsversuchen mittelst Perforation, Kraniklasma und Wendung und einen, dessen Ursache unaufgeklärt blieb (eitrige Peritonitis schon vor der Entbindung).

Potel (50) beobachtete nach schwerer Entbindung in Steisslage ausgedehnte Gangrän der Blase, Harnröhre, fast des ganzen Uterus und der Scheide und der vorderen Rektumwand.

Nieszytka (44) bespricht bei den Verblutungen bei der Geburt zunächst die Uterusruptur, für deren Burteilung neue Gesichtspunkte nicht aufgestellt werden, ebenso die Verblutung durch Placenta praevia; für Verblutung durch frühzeitige Ablösung der normal sitzenden Plazenta wird die Schwierigkeit der Diagnose nicht allein für die Hebamme sondern auch für den Arzt hervorgehoben und ein Nichterkennen des Zustandes für entschuldbar erklärt. Bei Verblutungen in der Nachgeburtsperiode und Retention der Plazenta wird Unterbindung der Nabelschnur nach der Plazenta zu für Merkmal eines sachgemässen, Ausgerissensein der Nabelschnur aus der Plazenta dagegen für Merkmal eines fehlerhaften Verfahrens erklärt. Bei Sektionen ist aber auf die mehr oder weniger feste Adhärenz der Plazenta („P. accreta") mit der Uteruswand zu achten. Der Kausalkonnex zwischen dem Verhalten der Hebamme und der Plazentarretention wird als gegeben erachtet, wenn das Zurückbleiben von Resten nicht erkannt, trotz Blutung die Herbeirufung des Arztes unterlassen und von der Hebamme selbst ungerechtfertigte innere Lösungsversuche vorgenommen worden waren, ferner wenn sie bei sehr bedrohlicher Blutung die Ankunft des herbeigerufenen, weit entfernten Arztes abwartete, ohne selbst die Lösung zu versuchen oder wenn sie bei diesem Versuche andere Kunstfehler begangen hat. Dem Arzte wird die Verblutung zur Last gelegt werden können, wenn er trotz bedrohlichster Blutung keinen Versuch zur Lösung der Plazenta oder des Restes unternimmt, die sonstigen blutstillenden Mittel nicht anwendet oder bei einem einzigen, sich als unzureichend erweisendes Verfahren (Credé) stundenlang verbleibt.

Corin (14) führt die subendokardialen Ekchymosen im linken Ventrikel bei Verblutungstod auf Erhöhung des Druckes in den Venen zurück.

Uterusinversionen wurden durch gleichzeitige Expression und Zug an der Nabelschnur von Aytoun (2) und Wavor (65) (seitens der Hebamme ausgeführt) beobachtet, ferner bei Expression der Plazenta von Boyd (8), Butler (11), Day (17) und Phillips (48), und bei gewaltsamer Entfernung der Plazenta von Nyström (46) und Phillips (48).

Grossmann (24) glaubt, dass die Umstülpung meistens spontan eintritt (in dem mitgeteilten Falle war sie durch starkes Pressen veranlasst, ebenso in einem von Kehrer in der Diskussion mitgeteilten Falle). Sicher spontan entstanden waren die Fälle

von Altkaufer (1) und Hellier (27), wahrscheinlich spontan entstanden der Fall von Beckmann (5).

Nieszytka (44) erkennt eine spontane Entstehung der Uterusinversion an besonders bei Fundusinsertion und beschuldigt für violente Entstehung den Zug an der Nabelschnur, Expressionsversuche bei schlaffem Uterus, zu starken Druck und bei manuellem Lösungsversuch den Zug an der erst teilweise gelösten Plazenta. Die Beurteilung von Verblutung bei Inversion beruht auf dem Nachweis einer violenten Entstehung infolge unsachgemässer Eingriffe, ferner auf dem Unterbleiben, beziehungsweise der Erfolglosigkeit der Reinversion und bei Verblutung nach gelungener Reinversion auf die Art des eingeschlagenen Verfahrens.

Anhang: Unglücksfälle und Genitalverletzungen ausserhalb der Zeit von Schwangerschaft und Geburt.

1. Arzt für einen Operationsfehler haftbar gemacht. Ärztl. Sachverständigenzeitung. Bd. 18. p. 152 u. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 25. 2. Beil. p. 117. (2malige Perforation des Uterus und Lysolausspülung bei Abortausräumung; Exitus an Peritonitis nach 24 Stunden. Verurteilung des Arztes in höchster Instanz, mit der Begründung, dass der Arzt die Verletzungen hätte wahrnehmen müssen.)
2. *Asch, Darmprolaps bei inkomplettem Abort. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur, med. Section. Sitzung v. 20. Okt. 1911. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 339.
3. *Basset, Fall von Rektovaginalfistel durch Zwanck-Schillingsches Flügelpessar. Gyn. Ges. Breslau. Sitzung v. 21. Nov. 1911. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 35. p. 233.
4. Bode, F., Stenose beider Ureteren durch einen in der Scheide befindlichen Fremdkörper. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1156. (Durch Narben fixierter, 8 cm breiter Regenschirmgriff, wahrscheinlich zur Masturbation eingeführt; Blasenscheidenfistel, Kompression der Ureteren, eitrige Ureteropyelitis.)
5. Brandao, Netzvorfall in die Scheide. Revue de Gynéc. Juli. (Kein Trauma, keine Schwangerschaft; Ursache des Scheidenrisses blieb unaufgeklärt.)
6. Butler-Smythe, A. C., A vaginal pessary retained for twinty-nine years. Lancet. B. 1. p. 575 (s. Blasenscheidenfisteln).
7. Desplats, R., Zufälle bei der Radiotherapie der Uterusfibroide. Journ. des Sciences méd. de Lille, 6. April. (Macht auf die schwer zu heilenden Ulzerationen durch Verbrennung aufmerksam.)
8. *Döderlein, A., Uterusperforation. Gyn. Ges. München. Sitzg. v. 17. Juli 1911. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 35. p. 247.
9. *Doléris, J. A., Schwere Geburt durch eine im Douglas zurückgelassene Kompresse. La Gynécologie. Bd. 16. Nr. 8.
10. *Eberhart, F., Über Uterusperforation mit Tubenherabzerrung. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1611.
11. Ebermayer, Rechtsfragen aus der ärztlichen Praxis. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 613. (Verurteilung einer Hebamme wegen fahrlässiger Tötung, weil sie eine karzinomkranke Frau in Behandlung genommen hatte, so dass es schliesslich zu einer Operation zu spät war.)
12. *Geuer, Uterusperforation. Ges. f. Geburtsh. u. Gyn. Köln. Sitzung v. 12. Juli 1911. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 36. p. 732.
13. Gonzalez, Peligros de las curas intrauterinas. Siglo med. 1911, 8. Juli.
14. *Gräupner, Instrumentelle Verletzungen des Uterus. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzung v. 23. März. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 35. p. 649.
15. *Halban, J., Zur Kasuistik der Uterusperforationen. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 504 u. 651.
16. *von Halfern, G., Über das Zurücklassen von Fremdkörpern in der Bauchhöhle. Inaug.-Diss. Freiburg.
17. *Herz, E., Zur schnellen Erweiterung der Gebärmutter, nebst einigen Bemerkungen zur Technik der Ausräumung. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1048.
18. Hinterstoisser, H., Verlorene Gazekompressen. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 589. (Ein Fall.)
19. Hirsch, G., Eine hysterische Röntgenverbrennung. Gyn. Ges. München, Sitzung

v. 15. Dez. 1911. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 35. p. 628 u. Bd. 36. p. 335. (Die über die Bestrahlungsstelle weit hinausgehende Verbrennung erwies sich als hysterisches Artefakt.)

20. *Jacobson, W. L., Zur Frage über Uterusperforation. Sammlung von Arbeiten über Geburtsh. u. Gyn. (Festschrift für Dr. von Ott.) Bd. 2. Petersburg 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 782.
21. *von Jaworski, J., Trauma als Ursache für das Platzen einer Pyosalpinx mit Entleerung in die freie Bauchhöhle hinein. Gyn. Rundschau. Bd. 6. p. 478.
22. *Kaiser, Uterusperforation. Gyn. Ges. Dresden. Sitzung v. 21. März. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 932.
23. Kraus, E., Rechtsseitiger Riss des Corpus cavernosum clitoridis. Ärztl. Verein Brünn. Sitzg. v. 18. Dez. 1911. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 189. (Angeblich durch Fall von einem Stuhl entstanden, jedoch Verletzung durch Koitus in abnormer Stellung nicht auszuschliessen; eine ähnliche Zerreissung durch Unfall wird von Scherbek mitgeteilt.)
24. *Krüger, R., Die Ätzungen des Uterus und ihre Gefahren. Inaug.-Diss. Greifswald 1911.
25. Lawrence, C. S., Perforation of uterine wall with injury to intestine; resection of intestine. Virginia Med. Semi-Monthly. Bd. 17. Nr. 9.
26. Lendon, A. A., Perforation of uterus with Hegar's dilators. Australas. Med. Gaz. Bd. 31. Nr. 19.
27. Malpractice. Med. Record, New York. Bd. 81. p. 448. (Klage gegen einen Arzt wegen Zurücklassen einer Gazeserviette in der Bauchhöhle; der Arzt beschwor, die Bauchhöhle überhaupt nicht geöffnet zu haben.)
28. — Med. Record. New York. Bd. 82. p. 1079. (Zurücklassung zweier Gazestreifen nach Exstirpation des karzinomatösen Uterus und Abszessbildung durch den Fremdkörper.)
29. *Meyer, O., Uterusperforation. Wissensch. Ärzteverein Stettin. Sitzung v. 7. Mai, Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 1396.
30. *Noon, C., Traumatic rupture of the uterus with prolapse of intestines into the vagina followed by chronic intestinal obstruction. Journ. of Obstet. and Gyn. of Brit. Emp. Octber. p. 213.
31. Paravicini, Eine ursächlich unklare postoperative Plexuslähmung. Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte. Nr. 12. (Bei 3stündiger Myomoperation in Chloroformnarkose entstanden.)
32. Payne, A. G., The use and abuse of the uterine curet. Mississippi State Med. Assoc. 40. Jahresvers. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 58. p. 1716. (Hebt die Gefahr der Uterusperforation bei Kurettage nach Abortus hervor.)
33. *Penkert, Intrauterinpessar. Ärzteverein Halle, Sitzung v. 30. X. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2892.
34. *Puppe, G., Die gerichtsärztliche Beurteilung instrumenteller durch Ärzte bewirkter Uterusperforationen. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 36. p. 291 u. 376.
35. *Reifferscheid, Zerreissung des Uterus bei instrumenteller Dilatation und Uterusperforation mit der Curette bei Ausräumung von Abortresten. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk., Sitzung v. 15. Juli. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 2436.
36. Richter, Über Fremdkörper im Uterus als Mittel zur Verhütung der Konzeption. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 79. (Leugnet die Veranlassung einer Endometritis durch aseptisch eingelegte Silkwormfäden behufs Vermeidung der Konzeption.)
37. *Roller, Tod durch den Einlauf einer Chlorzinklösung in die weiblichen Geschlechtsorgane. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 25. p. 921.
38. *Rübsamen, W., Tödliche Kampfervergiftung nach Anwendung von offizinellem Kampferöl zur postoperativen Peritonitisprophylaxe. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1009.
39. *Rühl, W.. Über Uterusperforationen bei Ausräumung von Aborten und Vorschläge zu deren Verhütung. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 36. p. 637.
40. *Sigwart, W., Zur Therapie bei perforierenden Uterusverletzungen. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 1741.
41. *Späth, Uterusperforation. Geburtshilfl. Ges. Hamburg. Sitzung v. 16. Nov. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 170.

42. *Stoeckel, W., Zurückgelassener Tupfer in der Bauchhöhle. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn., Sitzung v. 11. Nov. 1911. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 35. p. 481.
43. Subbotic, V., Immigration eines Fremdkörpers in die Blase. Srpski ach. za celop. lek. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 693. (Gazetupfer, bei Herniotomie zurückgelassen, in die Blase eingewandert.)
44. *Thaler, H., Uterusperforation bei Abortausräumung; ausgedehnte Darmverletzung. Geburtsh.-gyn. Ges. Wien, Sitzung v. 28. Nov. 1911. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 608.
45. *Vogt, E., Strangulation der vorderen Muttermundslippe durch ein Schalenpessar. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1753 u. Gyn. Ges. Dresden. Sitzung v. 20. Juni. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1659.
46. *Wiener, S., Perforation of the gravid uterus. its prevention by proper technique; with case reports. New York Med. Journ. Bd. 95. p. 278.
47. *Witt, F., Kasuistischer Beitrag zur instrumentellen Perforation des abortierenden Uterus. Gyn. Rundschau. Bd. 6. p. 175 u. Inaug.-Diss. Würzburg.
48. *Zacharias, Über Uterusperforation mit Darmvorfall. Fränk. Ges. f. Geburtsh. u. Gyn. Sitzung v. 11. Nov. 1911. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 53.
49. *Ziegenspeck, Über akutes traumatisches Entstehen einer Retroflexio uteri. Gyn. Ges. München. Sitzung v. 21. März. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 36. p. 723 u. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 403.

Puppe (34) beanstandet die verbreitete Ansicht, dass die instrumentelle Perforation des Uterus ein harmloses Ereignis sei und verlangt für die gerichtsärztliche Beurteilung die Fragestellung, ob die Operation berechtigt gewesen ist, da auch durch die Perforation selbst septisches Material in die Bauchhöhle eingeführt und der Exitus herbeigeführt werden kann. Er erklärt bei septischem Inhalt des Uterus ein Eingehen mit einem Instrument für kontraindiziert, ebenso erklärt er eine Curettage bei Abort vom 4. Monat an, sowie die Aufrichtung des retroflektierten Uterus mit der Sonde für eine Ausserachtlassung der nötigen Vorsicht. Instrumentelle Eingriffe sollten auf ein Minimum beschränkt und nur ausgeführt werden, wenn die manuelle Behandlung nicht ausreicht und der Uterusinhalt nicht septisch ist. Die zwei mitgeteilten Fälle (beide tödliche Sepsis) betreffen Perforationen des Uterus bei Abortausräumung (wahrscheinlich nach vorher ausgeführten kriminellen Vornahmen), einmal mit dem Dilatator und einmal mit Curette und Abort-Zange. In beiden Fällen war die Perforation nicht erkannt und in einem nachher eine Uterusspülung vorgenommen worden. In beiden Fällen konnte eine Indikation für den Eingriff angenommen werden. Obwohl Kunstfehler vorlagen, war dennoch ein strafrechtlich zu ahndendes Vergehen auszuschliessen. In der Diskussion betont Hofbauer die Möglichkeit der Perforation für jedes Instrument und beschuldigt stets die Art seiner Anwendung.

Rühl (39) stellt den Satz auf, dass Ärzte für die Folgen von Uterusperforationen zivil- und strafrechtlich haftbar zu machen sind, wenn sie Perforationen verschulden bei Ausführung von Operationen, wozu sie nicht die erforderliche Technik und Erfahrung besitzen, ferner wenn sie namentlich nicht in der Lage sind, solche Verletzungen in der heute modernen, wissenschaftlich anerkannten Weise zu behandeln, endlich wenn sie ohne genügende Assistenz operieren und ohne dass sie die heute üblichen Vorkehrungen der Anti- und Asepsik bei den Operationen treffen und für eine geeignete Nachbehandlung sorgen. Besonders wird getadelt, dass den Studierenden die Ausführung der Ausschabung als leicht und harmlos dargestellt wird.

Asch (2) beschreibt nach digitaler Abort-Ausräumung im 5. Schwangerschaftsmonat Durchbohrung des Fundus mit Austritt einer Extremität der Frucht in die Bauchhöhle und Vorfall zweier Dünndarmschlingen in Uterus und Scheide. Die Kranke wurde laparotomiert und genas.

Bretschneider beobachtete Perforation des Uterus nach Abort durch Laminaria und Uteruskatheter und Perforation eines senil atrophischen Uterus mit Cervixkarzinom mittelst der Curette und Durchlöcherung des Mesenteriums einer Dünndarmschlinge. In der Diskussion erklärt Dienst eine Perforation trotz aller Vorsicht und Übung für möglich.

Döderlein (8) beobachtete Uterusperforation mit Verletzung des Dünndarms und Mesenteriums, lebensgefährlicher Blutung und eitriger Peritonitis nach Curettierung.

Eberhart (10) beobachtete Uterusperforation bei Entfernung eines Plazentarrestes 4 Wochen nach spontaner Geburt mittelst Curettage und Winterscher Abort-Zange, auf welch letztere die Verletzung zurückgeführt. Die herabgezerrte Tube wurde für die Appendix gehalten. Die Perforation wird durch die äusserst morsche Beschaffenheit der Wand des puerperalen Uterus erklärt. Bei nicht puerperalem Uterus wird die Perforation für einen Kunstfehler gehalten, ebenso wenn eine Perforation nicht bemerkt und eine differente Flüssigkeit eingespritzt wird. Endlich wird die Gefährlichkeit der instrumentellen Ausräumung von Eiresten betont.

Geuer (12) beschreibt eine für 3 Finger durchgängige gangränöse Öffnung in der linken Tubenecke, wahrscheinlich infolge von Abtreibungsversuch durch eine Uteruskanüle; die Gangrän wird auf nachfolgende Lysol-Injektion zurückgeführt.

Gräupner (14) beobachtete 2½—3 cm lange Uterusperforation an der rechten Fundusecke, wahrscheinlich mit der Abortzange bei dem Versuch, vermutete Plazentarreste post abortum nach Hegar-Dilatation zu entfernen; es fand sich eine Appendix epiploika abgerissen und die Serosa des Kolon an mehreren Stellen verletzt. Gräupner nimmt bei Uterusperforation meistens fehlerhaften Gebrauch des betreffenden Instrumentes an, ebenso Sachs (Diskussion).

v. Klein führt eine Perforation nach Uterus-Dilatation mit handschuhweiterartigem Instrument und Gebrauch der Winterschen Abortzange an, durch welche eine Dünndarmschlinge herausgezogen (sie wurde für die Eiblase gehalten) und 20 cm weit vom Mesenterium abgerissen worden war. Ausserdem war die Asepsis mangelhaft und es kam zu Exitus und Sepsis. Der Arzt wurde verurteilt.

Halban (15) berichtet über 7 Fälle von Uterusperforation, 6 bei Abortausräumung und einen bei vom Arzte fälschlich angenommener Schwangerschaft. Zweimal war der Fundus perforiert, je 1 mal die vordere und hintere Uteruswand, 1 mal die Gegend des rechten Horns und 2 mal die Cervix (1 mal in die Bauchhöhle und 1 mal ins Parametrium.) 4 mal war die Löffelzange gebraucht worden, 1 mal die Curette und 1 mal die Sonde, jedoch war in letzterem Falle vorher eine spitze Nadel zur Fruchtabtreibung eingeführt worden. 1 mal wurde der Darm vorgezogen und 1 mal verletzt, 2 mal kam es trotz Laparotomie zum Exitus. Als besonders gefährlich wird die Löffel- oder Kornzange bezeichnet, mit der der Uterus durchgekneipt werden kann.

In der Diskussion erwähnt Lindenthal einen Fall von Perforation durch einen Mercier-Katheter, der zur Abort-Einleitung von einem Arzt eingeführt worden war und der durch die Perforationsöffnung in die Bauchhöhle schlüpfte.

Herz (17) legt die Uterusperforation in erster Linie der Schultzeschen Löffelzange und der Kornzange, erst in zweiter Linie der Curette, den Hegar-Stiften und der Uterus-Sonde zur Last und empfiehlt, wenn die Entfernung des gelösten Eies durch kombinierten Druck nicht gelingt, nur die Anwendung eines grossen, stumpfen, vollen Löffels.

Jacobson (20) beschreibt einen Abtreibefall durch Einlegung eines elastischen Bougies in den Uterus seitens einer Hebamme. Der Uterus wurde perforiert und schlüpfte in die Bauchhöhle und wurde bei der Laparotomie in Netz eingehüllt gefunden.

Kaiser (22) erwähnt eine Perforation durch Curette und Kornzange nach Laminaria- und Hegar-Dilatation mit Vorziehung des Darmes. Exitus trotz Laparotomie.

O. Meyer (29) beobachtete Zerstörung des grössten Teils des Fundus uteri durch Abtreibung; Exitus an septischer Peritonitis.

Noon (30) beobachtete nach operativer Entfernung der Eiteile (welcher Art? Ref.) nach Abort Zerreissung des Fundus mit nachträglichem Vorfall einer Darmschlinge beim Pressen.

Reifferscheid (35) beobachtete eine Uterusperforation, 1 cm über dem äusseren Muttermund beginnend und die ganze Seitenwand bis zum Tubenansatz durchsetzend. bewirkt durch Metalldilatatoren bei Uterusmyom, und eine Perforation bei Verwendung einer zu kleinen Curette bei nicht genügender Dilatation zur Ausräumung von Abortresten; die letztere sass hinten oben dicht hinter dem rechten Tubenansatz. Ein Perforationsfall durch Metalldilatatoren wird in der Diskussion von Eberhart mitgeteilt.

Sigwart (40) berichtet über 6 Fälle von Uterusperforation, 4 in der Schwangerschaft, einen bei Versuch der Abortausräumung nach Abtreibeversuch bei vermeintlicher Schwangerschaft und 1 mal bei Curettage wegen Blutung nach rechtzeitiger Entbindung.

In je 2 Fällen kam es zu Vorfall des Darmes und des Netzes. In 4 Fällen war die Curette, in einem die Abortzange angewendet worden. Siehe ferner d) 142.

Späth (41) beobachtete nach instrumenteller Abortausräumung Abtrennung einer 20 cm langen Dünndarmschlinge vom Mesenterium. In der Diskussion berichtet Grohe über einen Fall von Abtrennung der Serosa und Muskularis mit Erhaltung der Schleimhaut bei einer Uterusperforation.

Thaler (44) beobachtete sternförmige Perforation an der Hinterwand des Uterus bei Abortausräumung mittelst Abortzange, mit der schon beim ersten Zurückziehen die letzte Ileum-Schlinge in Ausdehnung von 50 cm vorgezogen wurde. In der Diskussion bezeichnet Schauta die Abortausräumung als gefährlich und führt eine Perforation zwischen die Blätter des Lig. latum hinein mit Freilegung des Ureters an. Weibel erwähnt einen Fall von Vorziehen des ganzen Kolon durch die Perforation, Wertheim einen Fall von Durchtrennung des Ureters bei Ausräumung mit der Löffelzange, Latzko führt 3 selbst erlebte Fälle an und beschuldigt besonders die Hegarstifte, aber auch die Kornzange und hält eine Perforation mit jedem Instrument für möglich (Fall mit Glaskatheter).

Wiener (46) berichtet über einen Fall von Abort-Ausräumung und Perforation des Fundus mittelst Curette, Austritt des Fötus in die Bauchhöhle und partielle Abreissung des Mesenteriums. Er warnt vor instrumentellen Ausräumungen, besonders bei noch zurückgebliebener Plazenta, und vor der Anwendung schmaler Curetten.

Witt (47) teilt 3 Fälle von trotz Laparotomie zum Tode führender Uterusperforation nach instrumenteller Abort-Ausräumung mit. In einem Falle wurde bei nicht erweiterter Cervix die Perforation mit der Curette bewirkt und trotz Erkennung mit der Kornzange eingegangen und ein Stück Darm vorgezogen; im 2. Falle wurden bei für den Finger nicht durchgängiger Cervix mit der Kornzange Appendices epiploicae vorgezogen, im 3. Fall kam nach Perforation mit der Winterschen Abortzange Darm hervor, der für Embryodarm gehalten und in 2 m Länge weiter vorgezogen wurde.

Zacharias (48) beschreibt eine 2 cm grosse Perforation des Uterusfundus, bei Einleitung und Ausräumung eines Abortus (3. Mt.) mittelst Eihautzange mit Darmvorfall. Es wird eine Disposition für Durchbohrung bei Anämie und Tuberkulose angenommen s. ferner Gentzen (d. 41).

Penkert (33) sah infolge Einführung eines als unschädlich angepriesenen Intrauterinpessars, das zur Verhütung der Konzeption eingeführt worden war, schwere Endometritis und einseitige Pyosalpinx.

Basset (3) beobachtete Rektovaginalfistel, zum 2. Male auftretend, bei vernachlässigtem Zwanck-Schillingpessar, Rosenstein (Diskussion) Dekubitalgeschwür durch Menge sches Keulenpessar; Küstner legt das Hauptgewicht auf die Vernachlässigung, nicht auf die Form des Pessars, Schiller erklärt besonders die Pessare mit Metallscharnieren für gefährlich.

Vogt (45) warnt im Anschluss an Mitteilung eines Falles von Strangulation der Vorderlippe durch ein Pessar davor, den Frauen selbst den Wechsel des Ringes zu überlassen ~~und sie~~ ausser ärztlicher Kontrolle zu lassen.

In der Diskussion macht Bode auf die Haftpflicht wegen angeblich falsch eingelegten Pessars aufmerksam. Über eingeklemmte Pessare berichten Krull, Rübsamen und Goldberg.

Krüger (24) teilt 3 Fälle von Peritonitis durch Chlorzinkätzung des Uterus mit (einen tödlichen); in einem war zugleich 1½ cm lange Atresie der Cervix entstanden. Er macht auf die Gefahren der Atmo- und Cestokausis und der intrauterinen Anwendung von Ätzmitteln aufmerksam, welche zu Embolie (nach Eisenchloridbehandlung) und Peritonitis (nach Chlorzinkbehandlung), zu Vergiftungen — infolge von Eindringen der Lösung ins Peritoneum —, zu Cervixatresie, Hämatometra und Tubenverschluss führen kann.

Roller (37) berichtet über einen Todesfall nach Einspritzen einer Chlorzinklösung in die schwangere Gebärmutter (die Einspritzung war von einem Kurpfuscher in die Scheide zur Beseitigung eines Prolapses verordnet worden). 13 Stunden später trat Abortus und nach weiteren 7 Stunden Exitus ein. Die Sektion ergab Verätzungen der Scheide und des Peritonealüberzugs der inneren Teile infolge von Eindringen der Flüssigkeit in die Tube, sowie Peritonitis mit serösem Exsudat.

Rübsamen (38) beschreibt einen Todesfall zwei Tage nach Laparotomie mit nachfolgender Eingiessung von 170 ccm 10%igen Kampferöls in die Bauchhöhle. Die Sektion ergab Nekrose der Nierenepithelien. Es wird die Anschauung bekämpft, dass es für Kampfer keine Maximaldosis gebe.

von Halfern (16) führt als Veranlassung des Zurückbleibens von Fremdkörpern (Tupfern, Servietten etc.) in die Bauchhöhle Zufälle bei der Narkose, Unübersichtlichkeit des Operationsfeldes und mangelhafte Organisation (Abgleiten von gestielten Tupfern, Zerreissen von solchen etc.), weniger die Art der Operation an und macht entsprechende prophylaktische Vorschläge.

Stoeckel (42) fand ein halbes Jahr nach Laparotomie wegen Parovarialzyste in einem Douglastumor (Abszesshöhle) eine zurückgelassene Bauchserviette, die durch eine fünfmarkstückgrosse Öffnung ins Rektum hereinragte.

In dem Falle von Doléris (9) verursachte sogar eine bei Adnexoperation im Douglas zurückgelassene Kompresse bei neuer Schwangerschaft und Geburt ein Geburtshindernis, so dass die Sectio caesarea ausgeführt und der Uterus wegen der Gefahr der Sepsis nach Entfernung der mit Eiter getränkten Kompresse exstirpiert werden musste.

von Jaworski (21) beschreibt 3 tödliche Fälle von Platzen eines Pyosalpinx, 2 durch schweres Heben, 1 durch Kohabitation.

Ziegenspeck (49) beschreibt einen sicher beobachteten Fall von akuter Retroflexion des früher normal gelegenen Uterus durch Strassenbahn-Unfall und heftigen Fall auf das Gesäss. Die gleichzeitig angenommene Fixation des Uterus infolge des Unfalls wird in der Diskussion von Döderlein angezweifelt.

---

f) Wochenbett und Laktation in gerichtlich-medizinischer Beziehung.

1. Achard und Saint-Girons, Pyélonéphrite puerpérale, septicémie paracolibacillaire. Bull. et Mém. de la Soc. de Méd. des Hôp. de Paris. Nr. 25. p. 112. (Parakolibazillen im Blut und Harn nachgewiesen.)
2. *Ahlfeld, Inwieweit hat bisher die Einführung der Asepsis und Antisepsis die puerperale Infektionsmortalität ganzer Länder beeinflusst? Volkmanns Sammlung klin. Vortr. N. F. Nr. 651.
3. *Baisch, K., Zur Frage der endogenen Infektion im Wochenbett. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 35. p. 409.
4. Baughman, G., Postpuerperal conditions simulating puerperal fever. Virginia Med. Semi-Monthly. Bd. 18. Nr. 9.
5. Bovin, Plötzlicher Tod 4 Stunden nach der Geburt. Schwed. gyn.-geburtsh. Sektion, Sitzg. v. 29. Sept. 1911. Hygiea 1911. Nr. 12. (Durch Steckenbleiben eines künstlichen Gebisses im Kehlkopf.)
6. *Brandt, Kindbettfieber und Fieber im Puerperium. Mag. f. Laegevidensk. Bd. 73. Nr. 10.
7. *Bukura, C., Zur Sterblichkeit an Kindbettfieber. Hebammenzeitung Wien 1911. Nr. 9 ff.
8. *Bumm, E., und W. Sigwart, Zur Frage der Selbstinfektion. Arch. f. Gyn. Bd. 97. p. 613.
9. Callmann, Puerperale Pyämie. Ärztl. Verein Hamburg, Sitzg. v. 16. Jan. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1114. (2 Fälle, einer von eitriger Salpingitis mit Durchbruch und einer von einem infizierten submukösen Uterusmyom ausgehend.)
10. *Czyborra, A., Zwei Puerperalfieberepidemien in Ostpreussen. Inaug.-Diss. Königsberg.
11. *Dehnicke, P., Zur Therapie der Eihaut- und Plazentarretention. Prakt. Ergebn. d. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 4. H. 1 u. Inaug.-Diss. Giessen 1911.
12. *Dhers, A., La mort subite et la mort rapide pendant les suites de couches avec quelques considérations sur la responsabilité médicale. Thèse de Toulouse 1911/12. Nr. 1018.
13. Doktor, S., Tödliche Infektion durch die Mandeln während der Schwangerschaft. Budapesti Orvosi Ujság 1911. Nr. 34. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1476. (Tod an Sepsis nach der Geburt ohne lokale Infektionszeichen an den Genitalorganen.)
14. Ehrendorfer, Puerperaler Uterus. Wissensch. Ärzteges. Innsbruck, Sitzung v. 10. Mai. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 1275. (Zugleich Uteruswandabszess nach manueller Plazentarlösung, mit Durchbruch in die Bauchhöhle.)
15. Eine neue Wochenbettkrankheit. Ärztliche Sachverständigenzeitg. Bd. 18. p. 324. (Am 2.—3. Tage auftretende 2-pfennigstückgrosse Flecken mit Bläschenbildung, in

der Umgebung von Radkersburg gehäuft auftretend, wahrscheinlich ansteckend und in zahlreichen Fällen zum Tode führend.)

16. *Engelmann, Über die sogenannte puerperale Selbstinfektion. Demonstrationsabend der Krankenanstalt Dortmund vom 16. Jan. Med. Klinik. Bd. 8. p. 760.
17. *Esch, Die Vorgänge bei der puerperalen Infektion. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung Nr. 2.
18. Grützner, Zwei in ätiologischer Hinsicht bemerkenswerte Fälle von Puerperalfieber. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1324. (Ein Fall von Kolisepsis mit gleichzeitiger subakuter Kolipyelitis, bei der Infektion der Dammrisswunde und der Portio angenommen wird; eine tödliche Infektion nach Abortus — Ausschabung — durch anaerobe Staphylokokken.)
19. Guicciardi, G., Seltener Ausgang einer Ovarialzyste als Schwangerschaftskomplikation. Ginecologia Nr. 5. (Jauchige Peritonitis im Wochenbett von einer Ovarialzyste aus, mit tödlichem Ausgang.)
20. Halban, V., Myomnekrose im Puerperium. Geburtshilfl.-gyn. Ges. Wien, Sitzung v. 13. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1710. (Unter dem Bilde septischer Peritonitis post abortum verlaufend.)
21. *Hamm, A., Die puerperale Wundinfektion. Berlin, J. Springer.
22. *Hau, F., Über die Retention der Eihäute. Inaug.-Diss. München 1911.
23. Huebschmann, Gonokokkensepsis. Med. Ges. Leipzig, Sitzung v. 23. Januar. Deutsche medizin. Wochenschr. Bd. 38. p. 1307. (Tödlicher Fall im Wochenbett.)
24. *Hüssy, P., Sechs Puerperalfieberfälle mit interessantem bakteriologischem Befunde. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 358.
25. *— Spontaninfektion in der Geburtshilfe. Schweizer Korrespondenzblatt Nr. 14. und Med. Ges. Basel, Sitzung v. 18. Januar. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1438.
26. Hussey, A. A., Gonococcus in puerperium. Americ. Journ. of Surgery. Bd. 15. Nr. 12.
27. Kahrs, N., Kindbettfieber in Bergen. Med. Revue Bergen. Bd. 28. p. 237. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1072. (Schiebt die Höhe der Puerperalfiebermorbidität auf die Häufigkeit der indikationslosen „Luxuszangen".)
28. *King, J. E., The influence of the gonococcus in the puerperium. Am. Journ. of Obstetr. Bd. 65. p. 290.
29. *Knoke, A., Ein kasuistischer Beitrag zur Frage der endogenen Infektion. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1537.
30. Koblanck, Zur Frage der Einschränkung der inneren Untersuchung und des Verbotes der Tamponade. Ann. f. d. ges. Hebammenwesen. Bd. 3. H. 1. (Befürwortet obiges zur Einschränkung des Kindbettfiebers.)
31. *Kosinsky, E., Über Selbstinfektion mit tödlichem Ausgang nebst zwei Fällen von septischer Pneumokokken- und Streptokokken-Peritonitis. Inaug.-Diss. München 1911.
32. *Lea, W. W., Puerperalinfektion. London. Oxford-Univ. Press.
33. Liepmann, W., Der „neue Gesichtspunkt" in der Selbstinfektion. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 204. (Polemik gegen Winter.)
34. Niesytka, L., Zur Bekämpfung des Puerperalfiebers. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1500. (Nimmt auf die schlechten hygienischen Verhältnisse in Ostpreussen in der Landpraxis Bezug.)
35. *Nürnberger, L., Zur Kenntnis der septischen extragenitalen Infektionen im Wochenbett. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 289.
36. Palm, Septikopyämie bei Gravidität im 9. Monat mit sekundärer Infektion der puerperalen Wunden. Ges. f. Geb. u. Gyn., Sitzg. v. 28. Juni. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. p. 763. (Tödliche Pneumokokkensepsis von Endocarditis ulcerosa aus, Sektionsbefund.)
37. *Pankow, Die endogene Infektion in der Geburtshilfe. Freiburger med. Ges., Sitzg. v. 6. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 534 u. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 71. p. 449.
38. *Pilf, Die Wochenbetterkrankungen im Regierungsbezirk Wiesbaden von 1897—1908. Klin. Jahrb. Bd. 26. H. 1.

39. *Pottmeyer, B., Thrombose und Embolie im Wochenbett. Inaug.-Diss. Erlangen 1911.
40. *Radtke, E., u. G. Winter, Ursachen und Bekämpfung des Kindbettfiebers. Veröffentlichung. a. d. Geb. d. Med.-Verwaltg. Bd. 1. H. 1.
41. Rathmann, Erkrankungen und Todesfälle im Wochenbett. Ann. f. d. ges. Hebammenwesen. Bd. 1. H. 4. (Für Wochenbettfieberfälle sind die Hebammen allein nicht verantwortlich zu machen.)
42. *Rosowsky, A., Über das Vorkommen der anaeroben Streptokokken in der Vagina gesunder Frauen und Kinder. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 4.
43. Rothky, K., Ein Beitrag zur Infektion mit dem Micrococcus Gonorrhoeae (Neisser). Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 1187. (Akute tödliche allgemeine Gonokokken-Infektion einer 40jährigen Frau von akuter Urethritis und Kolpitis aus; diffuse hämorrhagische gonorrhoische Nephritis.)
44. *Russel, A. W., Puerperal sepsis. Glasgow Obstetr. and Gyn. Soc. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 783.
45. Schmidlechner, K., Sepsis von seltener Provenienz in der Schwangerschaft. Ges. d. Ärzte Budapest, Sitzg. v. 21. Okt. 1911. Pester med.-chir. Presse. Bd. 48. p. 199. Tödliche Sepsis mit Streptokokken, Staphylokokken und Kolibazillen mit Infektion des Eiinhalts und Tod der Frucht von einer Tonsillitis aus, durch Sektion nachgewiesen.)
46. *Schuster, G., Thrombose und Embolie im Wochenbett. Inaug.-Diss. Kiel 1911.
47. *Schwab, M., Puerperalfieber und häusliche Geburtshilfe. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1463.
48. Semon, M., Über Entbehrlichkeit und weitere Einschränkung der inneren Untersuchungen in der Hebammenpraxis. Zeitschr. f. d. ges. Hebammenwesen. Bd. 3. H. 4. (Entsprechend Vorschläge.)
49. Sichel, Postpartum sepsis complicated by rupture of an old pus tube into the mesentery, rupture through the mesentery in the abdominal cavity, diffuse peritonitis. death. New York Ac. of Med. Sitzg. v. 18. April. Med. Record New York. Bd. 81. p. 1012. (Durch Sektion festgestellt.)
50. *Stroeder, Zur Notwendigkeit der Trennung der Puerperalfieber-Erkrankungen und Todesfälle post abortum und derjenigen post partum maturum, praematurum und immaturum in der offiziellen Statistik. Zentralblatt f. Gyn. Bd. 36. p. 1184.
51. ten Cate, F. J., Plötzlicher Tod im Wochenbett. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1911. III. (2 Fälle von Luft-Embolie.)
52. *Thibierge, Ch., und R. J. Weissenbach, La réaction de Wassermann en médicine légale. Annales d'hyg. publ. et de méd. lég. 4. Folge. Bd. 17. p. 81.
53. *Thorn, W., Die Notwendigkeit der Trennung der Puerperalfieber-Erkrankungen und Todesfälle post abortum und derjenigen post partum maturum, praematurum und immaturum in der offziellen Statistik. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 697 und 964.
54. *Traugott, M., Die Technik und Bedeutung des bakteriologischen Untersuchungssekrets in der Praxis. Münchener med. Wochenschr. Bd. 59. Nr. 4.
55. Vineberg, H. N., Postabortive septic fibroid tumor of the uterus, hysterectomy, recovery. New York Obstetr. Soc., Sitzg. v. 9. April. Amer. Journ. of Obstetr. Bd. 66. p. 260. (Schwere septische Erfahrungen durch Nekrose eines submukösen Myoms post abortum.)
56. Wassermannsche Blutprobe bei Ammen. Rund-Erlass des preuss. Ministeriums d. Innern vom 17. Juli. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 25. II. Beilage p. 223. (Anordnung an die Direktoren der Hebammenlehranstalten, dass bei Empfehlung einer Amme die Wassermannsche Probe anzustellen ist und dass im Attest zu bemerken ist, ob diese vorgenommen wurde.)
57. *Weber, F., Über die Retention von Plazentarresten und Eihäuten nach rechtzeitigen und frühzeitigen Geburten. Inaug.-Diss. Kiel 1910.
58. *Winter, Das Puerperalfieber in Ostpreussen und seine Bekämpfung. Verein f. wissenschaftl. Heilk., Königsberg, Sitzg. v. 22. Jan. Münchener med. Wochenschr. Bd. 59. p. 337. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzung v. 25. November 1911. Monatsschrift f. Geb. und Gyn. Bd. 35. p. 103 und Allg. Deutsche Hebammenztg. Nr. 3.

59. Winter, G., Der „neue Gesichtspunkt“ in der Selbstinfektion. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 47. (S. Jahresber. Bd. 25. p. 869.)
60. Zweifel, P., Ign. Ph. Semmelsweis Ätiologie, Begriff und Prophylaxe des Kindbettfiebers 1861. Klassiker d. Med., herausgegeben von Sudhoff, Leipzig. J. A. Barth (Neu-Abdruck).

Traugott (54) betont bei Fieberzuständen im Wochenbett den Wert der bakteriologischen Untersuchung des Sekrets der Uterushöhle, dessen Keimfreiheit eine genitale Infektion mit Sicherheit ausschliessen lässt.

Nürnberger (35) teilt einen Fall von akutester Sepsis mit, die am 13. Tage des Wochenbetts eintrat und nach 6 Tagen zum Tode führte. Die Sektion erwies die Genitalien und ihre Gefässe frei von infektiösen Erscheinungen, dagegen als Ausgangspunkt eine Thrombose der Vena saphena magna, wahrscheinlich von einem Varix aus entstanden. Die Entbindung war spontan eingetreten und die Entbundene war innerlich nicht untersucht worden. In gerichtlichen Fällen wird mit Recht die Sektion zur Feststellung des Ausgangspunkts der Erkrankung als unerlässlich verlangt. 12 Fälle von extragenitaler Infektion werden mitgeteilt.

Hüssy (24) beschreibt sechs Puerperalfieberfälle, von denen drei sicher extragenitalen Ursprungs (das Wort Selbstinfektion oder autogene Infektion sollte man hier wohl nicht gebrauchen. Ref.) waren, indem es sich einmal um Infektion von einem älteren Streptokokkenherd in einer Tonsille und um hämolytische Streptokokken in Lochien und Blut und zugleich um tödliche Nabelinfektion durch dieselben Kokken beim Kinde handelte. In einem Falle ging die Infektion offenbar von einer schon vor der Geburt vorhandenen Streptokokkenpneumonie (anhämolytische Streptokokken auch in den Lochien) und im dritten um Tetragenussepsis von einem Rückenfurunkel aus. In einem (dem ersten) Falle fanden sich nach Plazentarlösung in den Lochien anhämolytische, im Blut hämolytische Streptokokken, im fünften Falle Fränkelsche Gasbazillen (ebenfalls nach Plazentarlösung), aber zugleich aerob und fakultativ anaerob wachsende Streptokokken. Im sechsten Falle endlich fand sich ein frischer Entzündungsprozess in der Tube, der auf aus der Scheide aufgewanderte Eigenkeime (anaerobe Streptokokken) zurückgeführt wird. Die aneroben Infektionen rechnet Hüssy in Übereinstimmung mit Schottmüller fast ausnahmslos zu den Spontaninfektionen.

Baisch (3) betont, dass einwandfreie puerperale Todesfälle an Sepsis nach Spontangeburten unberührter Kreissender bisher in Kliniken mit Sicherheit nicht beobachtet wurden. Die Exklusionsdiagnose muss sich auf den Ausschluss extragenitaler oder den Genitalien nahegelegener infektiöser Prozesse und auf den Ausschluss einer exogenen Infektion erstrecken und kann nur durch gründliche, alle Organe genau berücksichtigende Sektion geführt werden.

Brandt (6) nennt als Fieberzustände extragenitalen Ursprungs im Wochenbett perforierendes Magen- oder Duodenalgeschwür, Appendizitis, Bersten alter Eiterherde (Pyosalpinx), Miliartuberkulose, Gonorrhöe, infizierte extragenitale Thromben, osteomyelitische Herde, Angina, Mastitis und Otitis media. Ferner wird ein echtes Kindbettfieber durch Selbstinfektion angenommen.

Ahlfeld (2) sucht für das Stehenbleiben und die zeitweilige Verschlechterung der Puerperalfiebermortalität die Ursache nicht bei den Hebammen, da Endemien in der Praxis einzelner Hebammen sehr selten sind, sondern zum nicht geringen Teil bei den Ärzten, besonders in der häufigen Vornahme der Plazentarlösung. Er verlangt obligatorische Einführung der Heisswasser-Alkohol- oder der Alkohol-Azeton-Desinfektion und lehnt die Gummihandschuhe sowie die Aufhebung oder Einschränkung der inneren Untersuchung seitens der Hebammen ab.

Bukura (7) fand die Kindbettfiebersterblichkeit in der Klinik bei denjenigen Frauen am grössten, die vor Eintritt in die Klinik untersucht worden waren und in der Klinik operativ entbunden wurden.

Bumm und Sigwart (8) kommen zu dem Schlusse, dass zurzeit weder durch bakteriologische Beobachtungen noch durch klinische Erfahrungen die Möglichkeit einer Selbstinfektion durch Keime des Scheidensekretes bewiesen oder auch nur wahrscheinlich gemacht ist.

Engelmann (16) schlägt den Ersatz des Ausdrucks Selbstinfektion durch „endogene“ Infektion vor und konstatiert das Vorkommen von Spontaninfektionen, d. h. Infektionen ohne Untersuchung und Berührung mit tödlichem Ausgang.

Esch (17) bestätigt die Möglichkeit der endogenen Infektion und nimmt an, dass trotz peinlichster Asepsis Scheidenkeime hochgeschoben werden können.

Hamm (21) leugnet die reine Wundintoxikation als Ursache des Puerperalfiebers und definiert das letztere auch in leichten Fieberfällen als echte Infektion.

Hüssy (25) erklärt eine Spontaninfektion im Wochenbett angesichts der Streptokokkenfunde in der Scheide völlig gesunder Frauen für möglich, aber besonders für schwere Fälle für sehr unwahrscheinlich; die Hauptinfektionsgefahr ist demnach nach wie vor nach aussen zu verlegen.

Knoke (29) führt einen Fall von tödlicher Streptokokkeninfektion im Wochenbett, die schon während der Geburt mit septischen Erscheinungen einsetzte, als Beweis für die Möglichkeit einer tödlichen endogenen Infektion an.

Lea (32) hält die autogene Infektion für eine seltene Ursache schwerer puerperaler Sepsis.

Pankow (37) zieht aus der Beobachtung, dass auch bei nur rektal und bei gar nicht untersuchten Kreissenden noch eine gewisse Anzahl von Fieberfällen auftritt, den Schluss, dass es sich hierbei um spontane endogene Infektion (in 5% bei Erst- und in 3% bei Mehrgebärenden) handelt. Unter Anführung von zwei tödlichen Fällen weist er darauf hin, dass man in tödlichen Fällen nicht ohne weiteres den geburtsleitenden Personen die Schuld zuschieben dürfe.

Rosowsky (42) untersuchte auf Grund der Angaben von Schottmüller über anerobe Streptokokken als häufige Ursache von Sepsis post abortum die Scheide gesunder Frauen und Kinder auf das Vorhandensein von Anaerobien und fand in etwa 40% der Frauen und Kinder solche Streptokokken; sie führen hier ein saprophytisches Dasein und können unter gewissen Umständen nach Abortus oder Geburt schwere Krankheitszustände mit tödlichem Ausgang herbeiführen, so dass die Infektion mit anaeroben Streptokokken in der Mehrzahl der Fälle, wenn nicht immer, als autogene Infektion anzusehen ist.

In einer Diskussion über das Puerperalfieber in der Obstetr. Soc. in Glasgow sucht Russell (44) die Ursache der Häufigkeit des Puerperalfiebers in Schottland in der mangelhaften Reinlichkeit und verlangt vor allem gute Ausbildung der Ärzte und gesetzliche Kontrolle und Ausbildung der Hebammen und Pflegerinnen.

Schwab (47) erklärt bei den Entbindungen im Privathause jede Infektion für eine Ausseninfektion, weil hier die Infektionsquellen der Klinik (Operationssaal, Laboratorien usw.) fehlen.

Kosinsky (31) beschreibt einen Fall von tödlicher puerperaler Pneumokokkenperitonitis nach Sturzgeburt ohne innere Untersuchung, in welchem eine Infektion des Peritoneums von der Pleura aus angenommen wird, und einen tödlichen Fall von Streptokokkenperitonitis, in welchem sich die Wöchnerin selbst Watte mit dem Finger in die Geschlechtsteile eingeschoben hatte.

Freund (d 48) beobachtete Tetanus am 10. Tage nach manueller Plazentarlösung.

King (28) fand in 25% der Wöchnerinnen Gonokokken und betont die Möglichkeit leichter puerperaler Fieberfälle durch gonorrhoische Infektion selbst, aber auch schwerer Sepsisfälle, weil durch die Gonokokken die bakterizide Kraft des Scheidensekrets geschwächt wird, endlich durch Platzen gonorrhoischer Pyosalpinxsäcke und Peritonitis.

Czyborra (10) beschreibt eine vier tödliche Fälle umfassende Puerperalfieberepidemie aus der Praxis einer Hebamme, deren mangelhafte Desinfektion als Ursache nachgewiesen worden war, so dass ihre Verurteilung erfolgte. Die zweite Epidemie umfasste drei Erkrankungsfälle mit zwei Todesfällen; hier kam eine Hebamme in Frage, deren Mann an Erysipel litt und von ihr verbunden wurde; sie übergab den zweiten Fall an eine zweite Hebamme, die von da aus eine dritte Wöchnerin infizierte; auch hier erfolgte Verurteilung.

Winter (40, 58) erklärt die Häufigkeit des Puerperalfiebers in Ostpreussen vor allem durch die Häufigkeit der Hebammenpfuscherei in den nichtdeutschen Bezirken. Bei der Infektion durch Ärzte kommt besonders die „Humanitätszange", die manuelle Plazentarlösung und die Tamponade in Betracht. Es wird die Verwendung von Gummihandschuhen verlangt und das Lysol als schlechtes Desinfektionsmittel verworfen. Den Hebammen soll die innere Untersuchung verboten und nur ausnahmsweise mit Gummihandschuhen gestattet werden; besonders ist ihnen die Tamponade zu verbieten. Die Hebammenpfuscherei ist streng zu bestrafen.

Pilf (38) fand bei den Puerperalfiebererkrankungen im Regierungsbezirk Wiesbaden (1472 mit 228 Todesfällen) besonders die ärztliche Kunsthilfe belastet, während ein Ver-

schulden der Hebamme nicht häufig anzunehmen war. Es wird u. a. Hebung des Hebammenstandes, Beschränkung der Zahl der Hebammen und Herbeirufung des Arztes bei jedem Dammriss verlangt.

Thorn (53) nimmt an, dass durch die Zunahme der Todesfälle an septischem Abortus die offizielle Statistik der Puerperalfiebertodesfälle ganz erheblich belastet wird, und schlägt daher vor, die septischen Erkrankungen und Todesfälle an Abortus von denen nach Geburten nach der 16. Woche grundsätzlich zu trennen. Die Zunahme der septischen Aborte lässt auf das Umsichgreifen des kriminellen Abortus schliessen, der den grössten Teil (etwa 90%) aller Fälle vom septischen Abort einschliesst. Bei der Möglichkeit einer schweren endogenen Infektion ist es unrecht, Ärzten und Hebammen die Hauptschuld an der Puerperalfiebermorbidität und -mortalität zuzuschreiben.

In der Diskussion stimmt Veit dem Vorschlage zu und von Alvensleben weist auf die hohe Zahl der Todesfälle nach septischem Abort in Genf hin.

Stroeder (50) verlangt ebenso von Thorn die Trennung der Puerperalfiebertodesfälle nach Abortus von denen nach reifer Geburt und weist an dem Hamburgischen Material nach, dass die letzteren abgenommen, die ersteren aber in erschreckender Weise zugenommen haben.

Dehnicke (11) erklärt sowohl Eihaut- als Plazentarretention an sich für die Entstehung von Puerperalfieber als bedeutungslos und führt ein eintretendes Fieber auf äussere Ursachen, namentlich auf geburtshilfliche operative Eingriffe zurück. In gleicher Weise hält Weber (57) nicht nur Eihaut; sondern auch Plazentarretention, solange das zurückgebliebene Plazentarstück unangerührt bleibt, nicht für Ursache von Puerperalfieber.

Auch Hau (22) hält die Eihautretention in den meisten Fällen für unschädlich bzw. die Entstehung von Puerperalfieber.

Dhers (12) führt rasche und plötzliche Todesfälle im Wochenbett auf Uterusruptur, Durchbohrung des Uterus mit der Curette, Luftembolie durch unvorsichtige intrauterine Spülung und Aufstehen vor dem 14. Tage bei Bestehen auch leichter infektiöser und phlebitischer Symptome zurück, und bespricht die Verantwortlichkeit des Arztes in solchen Fällen.

Pottmeyer (39) berichtet über 43 Fälle von Thrombosen der Beckenvenen im Wochenbett mit 14 Todesfällen und 8 Lungenembolien, darunter 3 Todesfälle.

Schuster (46) berichtet über 56 Thrombosefälle aus der Kieler Klinik mit 6 Embolien, darunter 3 Todesfälle und aus den letzten 2½ Jahren (seit Einführung des Frühaufstehens über 10 Thrombosen mit 9 Embolien, darunter 3 Todesfällen.)

Thibierge und Weissenbach (52) besprechen die gerichtsärztliche Verwendbarkeit der Wassermannschen Reaktion auch für den Nachweis der Syphilis bei Ammen und deren Kindern, Säuglingen und deren Eltern und erklären ihre Verlässlichkeit für zweifelhaft, vor allem bei negativem Ausfall und weil der positive Ausfall wohl Syphilis erkennen, aber keinen Schluss auf Zeit und Art der Ansteckung ziehen lässt.

---

g) Das neugeborene Kind.

1. Alger, E. M., Popular misconceptions regarding ophthalmia neonatorum. New York State Journ. of Med. Bd. 11. p. 593. (Auch durch andere Keime als Gonokokken kann Infektion herbeigeführt werden; Anweisung zur Einträufelung.)
2. Arluck, J. M., u. I. J. Winocouroff, Zur Frage über die Ansteckung jüdischer Kinder mit Tuberkulose während der Beschneidung. Beitr. z. Klinik d. Tuberk. Bd. 22. H. 3. (Ein Fall von ausgedehntem tuberkulösem Ulcus des Penis und einem Ulcus am Skrotum; Infektion aller Lymphdrüsen und des Darmes; Tod nach 5½ Monaten.)
3. Balard, P., Mort apparente d'un nouveau-né en periode agonique; persistance de la circulation démontrée par l'oscillomètre de Pachin. Soc. de Gynéc., d'Obstétr. et de péd. de Bordeaux, Sitzung v. 23. Juli. Gaz. des Hôp. Bd. 85. p. 1346. (Nur mit dem Oszillometer konnte das noch vorhandene Leben erkannt werden.)
4. *Bartels, Über Bakterienbefunde bei Conjunctivitis non blennorrhoica der Neugeborenen. Unterelsäss. Ärztever. Strassburg, Sitzung v. 16. Dez. 1911. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 329 u. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Bd. 49. H. 5/6.
5. *Bauereisen, A., Über die Bedeutung der Tentoriumrisse für das neugeborene

Kind. Münch. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1035 u. 443 u. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn., Sitzung v. 11. Nov. 1911. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 35. p. 480.
6. *Bednarski, Über die Ursachen der Blindheit bei den Kindern. Tygodn. lek. 1910. Nr. 33. Ref. Wien. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 1299.
6a. Belgrado, R. e Crossomini, E., Trattamento del cordone ombellicale con la tintura di iodio. Behandlung der Nabelschnur mit Jodtinktur. Arte Ostetrica. Milano. Anno 26. p. 49.
7. *Beneke, Luftembolie im grossen Kreislauf bei Neugeborenen. Freie Vereinig. mitteldeutsch. Gyn., Sitzung v. 12. Jan. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 335.
8. — Über den Kernikterus des Neugeborenen. Ärztever. Halle, Sitzung v. 13. Dez. 1911. Münch. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 387. (Durch Bakterienintoxikation, vielleicht mittelst Kolibazillen, erklärt.)
9. *Benthin, W., Intrakranielle Blutungen infolge Tentoriumzerreissung als Todesursache bei Neugeborenen und Säuglingen. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 36. p. 308.
10. *Bertino, Sulla oftalmia dei neonati. La ginecologia. Bd. 7. p. 673 u. Bd. 8. p. 97.
11. *Bertkau, Zwei merkwürdige Fälle von Oberschenkelfraktur des Kindes unter der Geburt. Münch. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1715.
12. Bierhoff, F., Notes on conditions resulting from ritual circumcision. New York Med. Journ. Bd. 95. p. 1037. (Erwähnt u. a. Fälle von Verletzung des Glans und einen Fall von Durchschneidung des Corpus spongiosum und der Urethra, welch letztere getrennt blieb.)
13. Blair, W. W., Preventable blindness. Pennsylv. Med. Journ. Bd. 15. Nr. 5.
14. Boise, E., Fever of newborn. West-Virginia Med. Journ. Bd. 7. Nr. 1.
15. *Bondy, A., Kephalhaematoma externum et internum. Gyn. Ges. Breslau, Sitzung v. 23. Jan. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 35. p. 499 u. 84. Vers. deutscher Naturf. Ebenda, Bd. 36. p. 510.
16. Bonhoff, H. u. P. Esch, Über einen Fall von Meningitis purulenta beim Neugeborenen infolge rechtsseitiger eitriger Mittelohrentzündung. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 70. p. 886. (Durch einen der Friedländer-Gruppe angehörigen Bacillus mucosus capsulatus, der wahrscheinlich bei der Wiederbelebung in die Tuba Eustachii vorgedrungen war.)
17. Bonnaire, Hémophilie chez un nouveau-né; mort par hémorragie à l'occasion de la vaccination. Soc. d'Obstétr. de Paris, Sitzung v. 8. Mai 1911. Annales de Gynéc. 2. Serie. Bd. 9. p. 247. (Verblutung durch die Impfwunden.)
18. Boyd, G. M., Melena neonatorum. Obstetr. Soc. of Philadelphia, Sitzung v. 7. März. Am. Journ. of Obstetr. Bd. 65. p. 1027. (Ursache unaufgeklärt.)
19. *Bretz, M., Ein weiterer Fall eines kongenitalen Hautdefektes am Scheitel eines Neugeborenen. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öff. San.-Wesen, 3. Folge. Bd. 44. p. 237.
20. *Bublitschenko, L. J., Zur Frage über die Behandlung der Ophthalmoblennorrhoe Neugeborener. Samml. v. Arbeiten üb. Geb. u. Gyn. (Festschr. f. Dr. von Ott.) Bd. 2. St. Petersburg 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 783.
20a. — Zur Prophylaxe der Blennorrhoe der Neugeborenen. Wratscheb. Gaz. Nr. 12. Sitzungsb. d. geb.-gyn. Ges. zu St. Petersb. (Die Konjunktivalblenorrhoe kann nicht nur durch Gonokokken, sondern auch durch andere Mikroben und sogar durch chemische Agentien hervorgerufen werden. Die Konjunktiva des Neugeborenen ist nicht steril und bedarf strenger Desinfektion. Silberpräparate sind nicht spezifisch; wichtig ist die Methode der Anwendung, weshalb auch schwache Lösungen genügen können. Sehr gut ist eine schwache Sublimatlösung. Wünschenswert ist eine obligate Prophylaxe und Popularisierung der Kenntnis der Blennorrhoe.)
(H. Jentter.)
20b. — Die Blennorrhoe der Neugeborenen und ihre Prophylaxe. Diss. St. Petersburg.
(H. Jentter.)
21. Canestro, C., Entzündung der Highmorshöhle bei Neugeborenen. Arch. f. Laryng. Bd. 25. H. 3. (Starke Eiterung am 10. Tage.)
22. *Carlsson, P., Beitrag zur Kenntnis der Fazialislähmungen nach spontaner Geburt. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1508.
23. Carstens, J. H. G., Morphiumvergiftung bei einem 19 Tage alten Säugling. Tijdschr. v. Geneesk. Nr. 10.

23a. Costa, R., Esame del neonato (conferenza). Untersuchung des Neugeborenen (Vortrag). Arte Ostetrica. Milano. Anno 26. p. 161—177.
23b. Cuzzi, A., La condotta della Levatrice nella profilassi dell' oftalmoblenorrea dei neonati. (Die Hebamme gegenüber der Prophylaxis der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum.) Gazz. Ital. d. levatrici. Siena. Anno 1. p. 241, 305.
24. Cathala, Pemphigus congénital. Soc. d'Obstétr. de Paris, Sitzg. v. 16. März 1911. Annales de Gynéc. 2. Serie. Bd. 9. p. 241. (Ein Fall mit nicht aufgeklärter Ursache.)
25. Cautley, Fever in the newborn. Brit. Med. Journ. Bd. I. p. 1115. (Führt als Ursache von Fieber Nabelinfektion, Mundinfektion, Dermatitis, ferner Geburtsverletzungen des Schädels und lokale Gangrän an.)
26. Cohen, H., Cost of preventable blindness taxation. Illinois Med. Journ. Bd. 21. Nr. 4.
27. Colombo, G. L., Das Gonokokkenserum in der Therapie der Gonoblennorrhoe der Bindehaut. Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde. April. (Günstige Erfolge.)
28. Commandeur, Tödliche Blutung eines Neugeborenen infolge einer kleinen Stirnwunde. Geburtsh. Ges. Lyon, Sitzung v. 18. Mai 1911. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 521. (Durch Forzeps bewirkte Wunde, Suffusion der ganzen Kopfschwarte und Verletzung des Periosts, wahrscheinlich Hämophilie.)
29. *Cooper, D. N., Mercury perchloride in ophthalmia neonatorum. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 532.
30. *Credé-Hörder, C., Hat die Blennorrhoea neonatorum abgenommen? Zentralbl. f. Gyn. Bd. 86. p. 1503.
31. Danziger, S., Haemophilia in an infant. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 950. (Darmblutungen und Blutung aus dem Nabelschnurrest. Tod. Bluterguss zwischen die Meningen; Geburt spontan.)
32. Delmas, P., und J. Delmas, Sauerstoff bei Scheintod des Neugeborenen. Journ. de méd. de Paris, 13. Juli.
33. Dervieux, La viabilité des nouveau-nés. Soc. de méd. lég. Paris, Sitzung v. 11. Nov. Presse méd. Nr. 94. p. 960. (Die Grenze der Lebensfähigkeit kann vielleicht vor den 180. Tag verlegt werden.)
34. *Dervieux, F., und J. Leclercq, Examen des taches de méconium en médecine légale. Annales d'hyg. publ. et de méd. lég. 4. Serie. Bd. 17. p. 213.
35. Doazan. J., Contribution à l'étude et au traitement chirurgical des hémorragies méningées du nouveau-né. Thèse de Toulouse 1911/12. Nr. 1024. (Hirnblutung bei einem in Steisslage leicht entwickelten 2. Zwilling; die Zange ist für solche Blutungen nicht immer verantwortlich zu machen.)
36. Dodge, H. C., Case of spontaneous umbilical hemorrhage in two weeks old baby. Denver Med. Times and Utah Med. Journ. Bd. 31. Nr. 8.
37. Dunlop, J., Melaena neonatorum. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 362. (Bei einem mittelst Forzeps geborenen Kinde.)
38. Durante, Myosite congénitale du sterno-cléido-mastoïdien. Soc. d'Obstétr. de Paris, Sitzung v. 15. Juni 1911. Annales de Gynéc. 2. Serie. Bd. 9. p. 249. (4 Fälle, die nicht auf Geburtsverletznng zurückgeführt werden.)
39. — Un cas d'infarctus de la moitié du foie par infection ombilicale. Soc. d'Obstétr. de Paris, Sitzung v. 15. Juni 1911. Annales de Gynéc. 2. Serie. Bd. 9. p. 249. (Nach Erysipelas von der Nabelwunde aus.)
40. — Quatre cas d'hémorragie mortelle ou traumatique du foie avec inondation péritonéale chez le nouveau-né. Soc. d'Obstétr. de Paris, Sitzung v. 15. Juni 1911. Annales de Gynéc. 2. Serie. Bd. 9. p. 248. (Führt Blutungen unter die Leberkapsel auf Infektion, besonders Lues zurück.)
41. Edelberg, H., Ein Fall von Zerreissung des abdominalen Teils der Vena umbilicalis. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 35. p. 439. (Zerreissung der dilatierten Vene nahe am Übertritt in die Leber, Blutung in die Bauchhöhle, Tod.)
42. *Engelmann, Beiderseitige schwere Verletzung des Plexus brachialis. Demonstrationsabend d. städt. Krankenanstalt Dortmund. 14. Nov. 1911. Med. Klinik. Bd. 8. p. 251.
43. Fahrlässige Tötung durch Erstickung eines neugeborenen Kindes seitens der Mutter. Urteil d. Reichsgerichts v. 17. Juni. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 25. 2. Beilage.

p. 179. (Die Mutter hatte die Geburt verheimlicht, und ist in einem Ohnmachtsanfall auf das neugeborene Kind zu liegen gekommen, das infolge davon erstickt war.)

44. Fieux, G., Mort subite du foetus au cours du travail; étranglement des artères ombilicales par un mésocordon amniotique. Soc. d'Obstétr., de Gynéc. et de Péd. de Bordeaux, Sitzung v. 28. Mai. Journ. de méd. de Bordeaux. Bd. 42. p. 654.
45. Fischer, Eitrige Meningitis nach Nabelabszess. Ärztl. Verein Frankfurt, Sitzung v. 4. März. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1014.
46. Francillon, G., Contribution à l'étude de la morti-natalité, de la mortalité et de la vitalité primaires des prématurés. Thèse de Lyon 1911/12. Nr. 130. (Besprechung und Aufzählung der Todesursachen durch die Geburtsvorgänge bei Frühgeborenen.)
47. Franz, R., Serumtherapie bei Melaena neonatorum. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2905. (5 Fälle, davon 2 von Melaena vera.)
48. *Frauenthal, H. W., The benefit derived from treatment in birth (Erb's) paralysis. New York Ac. of Med., Section on Pediatr., Sitzung v. 11. Jan. Med. Record New York. Bd. 81. p. 393 u. Am. Journ. of Obstetr. Bd. 65. p. 679.
49. Freund, H. W., Ein Fall von Tetanus bei einem Neugeborenen. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 72. p. 103. (Durch Bestreuung des Nabels mit einem vom Bohrkäfer stammenden, Tetanussporen enthaltenden Holzpulver.)
50. Friediger, A., Über eine akute Benzinvergiftung beim Säugling. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 252. (Schwere Vergiftungserscheinungen nach Entfernung von Pflasterstücken, die wegen ausgebreiteten Ekzems aufgelegt worden waren, mittelst Benzins.)
51. *Frommholz, Beobachtungen aus der Praxis bei der prophylaktischen Einträufelung in die Augen Neugeborener. Med. Klin. Bd. 7. Nr. 41.
51a. *Gaifami, jun., Emoperitoneo in neonati (contributo all' anatomia patologica dell' asfissia endouterina ed alle cause meno frequenti di morte del neonato). La Ginecologia. IX. fasc. 8. Firenze. Hämoperitoneum bei Neugeborenen. (Beitrag zur anatomischen Pathologie der endouterinen Asphyxie und den weniger häufigen Todesursachen der Neugeborenen.)
52. Gilles, R., Operative Behandlung der meningealen Blutungen bei Neugeborenen. Rev. mens. de Gynéc. d'Obstétr. et de Péd. Bd. 7. p. 465. (Einmal Lumbalpunktion und einmal Punktion durch die grosse Fontanelle.)
53. *Goldberg, D., Le torticolis de naissance est-il d'origine obstétricale ou congénitale? Thèse de Paris 1911/12. Nr. 197.
54. Goldfeld. Z., Die Abhängigkeit der körperlichen Entwickelung Neugeborener vom Berufe der Eltern. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 72. p. 407. (Sehr dankenswerte Zusammenstellung von Tabellen, deren zugrunde liegendes Material leider einstweilen zu gering ist.)
55. Graham, E. A., Pathogenesis of hemorrhagic diseases of newborn. Journ. of experim. Med. Bd. 15. p. 307. (Als Ursachen wurden Asphyxie und Chloroformnarkose während der Geburt angesprochen.)
56. *Grenacher, H., Ein Beitrag zur Thymusstenose. Wiener klin. Rundsch. Bd. 24. p. 673ff.
57. Greven, Bekämpfung der Blennorrhoea neonatorum. Deutsche Ärztezeitung. H. 1. (Empfehlung der Credéschen Prophylaxe.)
58. Guizetti, P., Hämolytischer kongenitaler Ikterus. Zieglers Beitr. z. path. Anat. u. allg. Path. Bd. 52. H. 1/2. (In einer Familie in 4 Generationen vorkommend, wahrscheinlich auf luetischer Grundlage.)
59. Haendly, P., Neugeborenes mit Fazialislähmung. Ges. f. Geburtsh. u. Gyn. Berlin. Sitzung v. 27. Okt. 1911. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 70. p. 341. (Bei Spontangeburt, engem Becken und hinterer Scheitelbeineinstellung an der am Promontorium angedrückten Gesichtsseite; Hautnekrose über dem Foramen stylomastoideum.)
60. Haynes. L. W., Etiology of hemorrhage of newborn, report of case. Journ. of Michigan State Med. Soc. Bd. 11. Nr. 8.
61. *Hegler, Über postmortale Elektrokardiogramme. Biol. Abt. d. ärztl. Vereins Hamburg, Sitzung v. 15. Okt. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2894.
62. *Heller, Das Schicksal zweier Frühgeburten von 800 g. Verein f. innere Med. u. Kinderheilkunde Berlin, Sitzung v. 11. Nov. 1911. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 2291.

63. Heller, F., Fieberhafte Temperaturen bei neugeborenen Kindern in den ersten Lebenstagen. Zeitschr. f. Kinderheilkunde. Bd. 4. H. 1.
64. Henneguier, A., De l'occlusion intestinale chez le nouveau-né. Thèse de Paris 1911/12. Nr. 442. (Fall von Darmverschluss durch Torsion des Mesenteriums in der Höhe des Meckelschen Divertikels.)
65. *von Herff, O., Tentoriumriss bei noch nicht eingetretenem Kopfe. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1241.
66. — Zur Vorbeugung der Blennorrhoea neonatorum in Stadt und Land. Arch. f. Gyn. Bd. 98. p. 187.
67. — Zur Behandlung der Schädeleinbrüche der Neugeborenen. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1265.
68. Hess, A. F., Study of icterus neonatorum by means of duodenale catheter. Am. Journ. of diseases of children. Bd. 3. Nr. 5. (Führt den Icterus neonatorum auf mangelhafte Exkretion bei fortdauernder Sekretion zurück.)
69. *Hirsch, C., Über die Behandlung des Nabelschnurrestes. Inaug.-Dissert. Freiburg 1910.
70. — M., Zur Kritik der Schultzeschen Schwingungen als Mittel zur Wiederbelebung asphyktischer Neugeborener. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 464.
71. Hitzrot, J. M., Posterior congenital dislocation of the left shoulder. New York. Surg. Soc., Sitzung v. 24. Jan. Annals of Surgery. Bd. 55. p. 622. (Spontangeburt; die Luxation wurde durch Operation festgestellt, die Kapsel war nicht zerrissen.)
72. Hodder, A. E., A case of thymus death. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 441. (Plötzlicher Tod eines Kindes unter Dyspnoe; die Sektion ergab stark hypertrophische Thymus.)
73. Hoffmann, Epidermolysis bullosa hereditaria. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilkunde, Sitzung v. 22. Jan. Med. Klin. Bd. 8. p. 543. (Multiple Blasenbildung und Erosionen, auch auf den Schleimhäuten; intrauterine Infektion des Kindes auszuschliessen.)
74. *Jäger, F., Über kindliche Oberarmfrakturen bei Spontangeburten in Schädellage. Gyn. Rundschau. Bd. 6. p. 511.
75. *Jaschke, R, Th., Neue Erfahrungen in der Technik der Ernährung, sowie zur Physiologie und Pflege des Neugeborenen. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 35. p. 60.
76. Ibrahim, Eitrige Parotitis bei einem frühgeborenen Kinde mit Ophthalmoblennorrhoe. Ges. f. Kinderheilkunde, München, Sitzung v. 26. April. Münchner med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2371.
77. Jeannin, Hémorragie méningée guérie par la ponction lombaire. Soc. d'Obstetr. de Paris, Sitzung v. 19. Jan. 1911. Annales de Gynéc. 2. Serie. Bd. 9. p. 171. (Temperatursteigerung und Kontrakturen nach Wendung und Extraktion.)
78. Intoxication bromée d'un nourrisson par l'intermédiaire du lait maternel. Annales d'hyg. publ. et de méd. lég., 4. Serie. Bd. 18. p. 188. (Bromacne bei einem älteren Säugling.)
79. Johnson, G. P., Die administrative Kontrolle der Ophthalmi neonatorum in England. Public health. Bd. 25. Nr. 10. Ref. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 25. p. 948. (Die vorgeschriebene Anzeigepflicht wurde von Hebammen prompter erfüllt als von Ärzten. Die Ophthalmie ist anzeigepflichtig und die Behörden sind berechtigt, die notwendige Behandlung durchzuführen.)
80. Jordan, W. H., Tetanus neonatorum. Am. Journ. of Obstetr. Bd. 65. p. 1076. (Tödlicher Tetanus durch Infektion bei der rituellen Beschneidung; Antitoxin erfolglos.)
81. *Ipsen, C., Zum Pflanzenalkaloidnachweis. VII. Tagung d. Deutschen Ges. f. ger. Med., Karlsruhe. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öffentl. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 43. II. Supplem. Bd. 273.
82. Kassowitz, M., Übertragung von Syphilis durch einen Schnuller. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 24. Nr. 50. (Infektion des älteren Halbbruders von einem kongenital-luetischen Kinde aus.)
83. *Katzenellenbogen, J., Ophthalmoblennorrhoea neonatorum. Inaug.-Dissert. Freiburg 1911.
84. Kennedy, R., Birth paralysis. Glasgow. Med.-Chir. Soc., Sitzg. v. 4. Okt. Lancet. Bd. 2. p. 1083. (Narbenmasse um den 4. und 5. Stamm des Plexus brachialis.)

85. Kloster, R., Künstliche Atmungsbewegungen bei scheintoten Kindern. Schäfers Methode. Med. Revue Bergen. Bd. 28. p. 727. (Empfehlung der Methode.)
86. Knöpfelmacher, W., Meningeale und zerebrale Krankheitsbilder beim Neugeborenen und Säugling. Med. Klin. Bd. 7. Nr. 52. (Klinische Symptome bei intrakraniellen Blutungen infolge von Geburtstraumen.)
87. *Kosmak, G. W., Immediate treatment of depressed fracture of the skull in the newborn. New York Ac. of Med., Section on Obstetr. and Gyn. Sitzg. v. 24. Okt. Med. Record, New York Bd. 82. p. 1186.
88. Kroemer, Schädelimpression des linken Scheitelbeins bei einem 3120 g schweren Kinde. Med. Verein Greifswald, Sitzg. v. 26. Jan. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 782. (Bei engem Becken nach Wendung und Extraktion.)
89. Krösing, Vaginalblutung 6 Tage nach der Geburt. Naturw.-med. Ges. Jena, Sitzg. v. 7. Dez. 1911. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 328. (Auf luetischer Grundlage.)
90. Lacasse und Pottet, Paralysie radiculaire du plexus brachial chez un nouveau-né, consécutive à une inclinaison anormale de la tête sur le moignon de l'épaule pendant la vie intrautérine; malformation du maxillaire inférieur. Soc. d'Obstétr. de Gynèc. et de Paed. de Paris, Sitzg. v. 6. Juli 1911. (Die Lähmung wird nicht auf Trauma, sondern auf intrauterine Belastung zurückgeführt.)
91. *Lange, F., Die Entbindungslähmung des Armes. Münchener med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1421 u. XI. Kongr. d. Deutschen Ges. f. orthopäd. Chir. Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 829.
92. Lapage, C. P., Fever of obscure origin in infancy. Manchester Med. Soc. Sitzg. v. 6. März. Brit. Med. Journ. Bd. I. p. 729. (Häufig auf Koliinfektion der Harnwege beruhend.)
93. *Ledderhose, G., Zur forensischen Diagnose des Kindsmords. Elsass-Lothr. Med.-Beamtenverein, Sitzg. v. 14. Nov. 1911. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 25. I. Beil. p. 5.
94. Legludic, Strangulation d'un nouveau-né par un lien, pendant l'accouchement après degagement de la tête hors de la vulve. II. Congrès de Méd. lég. de Langue franç. Annales d'hygiène publ. et de méd. lég. 4. Serie. Bd. 18. p. 370. (Die Lungen waren luftleer; in der Diskussion wird von Corin und Thoinot die Wichtigkeit der Magen-Darm-Schwimmprobe hervorgehoben.)
95. *Lehle, Zur Prophylaxe der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum. Bayer. Ges. f. Geb. u. Gyn., Sitzg. v. 7. Juli. Münchner med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1932 und 2161.
96. *Lequeux, Augenverletzungen bei Neugeborenen. Arch. mens. de l'Obstétr. Februar.
97. *Lesser, A., Über Folgeerscheinungen postmortaler mechanischer Gewalteinwirkungen. Vierteljahrsschrift f. ges. Med. u. öffentl. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 44. p. 203.
98. *Lipinski, J., Zur Klinik und Prognose der Sturzgeburten. Inaug.-Dissert. Breslau.
99. Litwin, S., Über Geburtsblutungen am kindlichen Schädel. Inaug.-Dissert. 1910. (Grosses über die ganze Kopfschwarte reichendes Hämatom, das inzidiert wurde.)
100. *Löhlein, Über die beim Trachom und der Blennorrhoe der Neugeborenen beobachteten Epitheleinschlüsse. Med. Verein Greifswald, Sitzg. v. 4. Nov. 1911. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 244.
101. Losee, J. R., Fall von allgemeiner Hämangiomatose der Plazenta. Bull. of the Lying-in Hosp. New York. Bd. 8. Nr. 2.
102. Lundsgaard, Ch., Über Nebennierenblutungen bei Neugeborenen. Virchows Arch. Bd. 210. H. 2. (2 Fälle).
103. *Mackenzie, R. C., On the prevention of ophthalmia neonatorum. Boston Med. and. Surg. Journ. Bd. 166. p. 737.
104. Mensi, E., Leberabszess beim Neugeborenen. Gazz. degli osped. e d cliniche. Nr. 52. (3 Wochen altes Kind mit Leberabszessen und Hirnabszess — Streptococcus pyog.)
105. *Meyer, L., und E. Hauch, Om Bristningen i Dura mater opstaaede hos nyfoldte

under Fodslen. Hospitalstid. Bd. 55. p. 1293 u. Revue mens. d'Obstétr. et d Gynéc. Bd. 17. Nr. 3.

106. Miura, M., Icterus neonatorum. Notizen d. phys. u. path. Forschung. Tokio. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1715. (Durch Gallenabflussbehinderung infolge von Leberhyperämie erklärt.)

107. Monnier, M. A., De la valeur médico-légale des écchymoses du tégument externe. Thèse de Lille 1911/12. Nr 21. (Bei Neugeborenen werden besonders die Fingereindrücke beim Erwürgen und die scheinbaren Schnürfurchen, teils durch Nabelschnur-Umschlingung, teils durch normale Hautfalten bewirkt, besprochen.)

108. *Montet. Ch. J., Contribution à l'étude des hémorrhagies méningées chez le nouveau-né. Thèse de Paris 1911/12. Nr. 71.

109. Morris, J. N., Fatal jaundice of newborn; five cases in one family. Austral. Med. Journ. Bd. 1. Nr. 14. (Sammlung von 70 Kindern aus 9 Familien mit 59 Fällen von schwerem, meist tödlichem Ikterus; Verdacht auf Lues.)

110. Morrison, W., Melaena neonatorum. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 1072. (Das Kind war mittelst Forzeps geboren, keine Anhaltspunkte über die Ursachen der Blutung.)

111. Morse, J. L., Intestinal toxemia in new born infant. Amer. Journ. of dis. of children. Bd. 4. Nr. 4. (4 Fälle von bakterieller Infektion des Meconiums.)

112. Mummery, L., Shortening of femur. R. Soc. of Med. Sitzung v. 26. Jan. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 307. (Wahrscheinlich durch Verletzung bei Geburt in Steisslage.)

113. Murachowski, J., Über die Todesursache der Kinder unter der Geburt und ihre Bekämpfung. Inaug.-Diss. Berlin 1911. (Aufzählung der durch die Geburtsvorgänge möglichen Todesursachen.)

114. Myers, A. W., Case of subcutaneous injection of small quantities of human blood in spontaneous hemorrhage of the newborn. Chicago Ped. Soc., Sitzg. v. 12. Nov. 1911. Am. Journ. of Obstetr. Bd. 65. p. 544.

115. Nance, W. O., Prevention of blindness. Illinois Med. Journ. Bd. 21. Nr. 4.

116. Neukirch, Ikterische Zellen im Blut bei Icterus gravis neonatorum. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 74. H. 5/6. (Inkompletter Gallenverschluss, Ikterus, Sepsis. hämorrhagische Diathese.)

117. *Nicholson, W. R., Die Behandlung der Melaena neonatorum mit menschlichem Blutserum. Therapeut. Gaz. 15. Februar. Ref. Zentralblatt f. Gyn. Bd. 36. p. 1176.

118. *Noack F., Der Übergang von mütterlichen Scheidenkeimen auf das Kind während der Geburt. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. p. 739.

119. *Noeggerath, Pseudotetanus bei einem Neugeborenen. Ges. d. Charité-Ärzte, Sitzg. v. 4. Juli. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1809. (Bei eitriger Zerebrospinalmeningitis und Nebennierenhämatomen.)

120. *Nun, Ch., Une nouvelle méthode d'insufflation dans la mort apparente du nouveau-né. Thèse de Lyon 1911/12. Nr. 97.

121. *Oeconomos, S. N., Les paralysies radiculaires du plexus brachial. Gaz. des Hôp. Bd. 85. p. 1535.

122. Oliver, Congenital ptosis. Bradford Med.-Chir. Soc., Sitzg, v. 21. Mai. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 1242.

123. Olivier, Anatomie topographique et chirurgie du thymus. Paris 1911. Steinheil.

124. Ophthalmia neonatorum in Chicago. Lancet. Bd. 1. p, 1097. (Einführung der obligatorischen Anzeigepflicht für Ärzte und Hebammen in Fällen von Blennorrhöe-Erkrankungen von Neugeborenen.)

125. Oppenheim, R., Einige Bemerkungen zur Ätiologie, Differentialdiagnose und Therapie im Anschluss an einen Fall von Dermatitis exfoliativa neonatorum (Ritter). Inaug.-Diss. Freiburg 1911. (Die Erkrankung ist vorläufig, so lange die Ätiologie noch dunkel ist, von Pemphigus neonatorum zu trennen.)

126. Pacchioni, Sulla patogenesi dell' itero dei neonatr. Riv. di clin. ped. 1911. p. 333.

127. *Patoir und Leclercq, La présence de suffusions sanguines disséminées dans les tissus du cou chez les nouveau-nés n'ayant subi aucune manoeuvre criminelle. II. Con-

grès de Méd. lég. de langue franç. Annales d'hyg. publ. et de méd. lég. 4. Serie. Bd. 18. p. 372.

128. Péry und Balard, Céphalématome à volume et a caractères anormaux. Soc. d'Obstétr., de Gynéc. et de Péd. de Bordeaux, Sitzg. v. 22. Okt. Journ. de méd. de Bordeaux. Bd. 42. p. 842. (Doppelseitiges Hämatom mit Konfluenz über der Pfeilnaht, wesshalb es über das Periost in die Schädeldecken verlegt wird; nach Zangenentbindung. Resorption unter Auftreten eines Ikterus.)
129. Pettavel, Ch. A., Über eigentümliche herdförmige Degeneration der Thyreoidea-Epithelien bei Purpura eines Neonatus. Virchows Arch. Bd. 206. (Stark vergrösserte Follikel-Epithelien mit auffallenden Granulis im Inhalt bei einem am 10. Tage p. p. an Purpura gestorbenen, etwas zu früh geborenen Kinde.)
130. *Pincus, Über Schädigungen des Auges bei Zangenentbindung. Allgem. ärztl. Verein Köln, Sitzung v. 4. November. Münchner med. Wochenschrift Bd. 59. p. 2925.
131. Pitfield, R. L., Hemophilia neonatorum in family of four infants. Arch. of Pediatr. New York. Bd. 29. Nr. 10. (4 Kinder, teils mit Ikterus und Hautblutungen, teils mit subduralen Blutergüssen.)
132. *Planchu, Eine neue Insufflationsmethode für den Scheintod Neugeborener. Lyon med. 1911. 27. August.
133. *Puppe, Experimentelle Untersuchungen über den O-Gehalt des Blutes mittelst des Haldaneschen Verfahrens bei der gewaltsamen Erstickung. VII. Tagung d. Deutschen Ges. f. ger. Med. Karlsruhe, Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 43. 2. Supplem. p. 49.
134. Raspini, M., Sul trattamento del funicolo ombelicale. Über die Behandlung der Nabelschnur. La Ginecologia, Firenze, IX. fasc. 7. (In welcher Weise auch immer die Nabelschnur behandelt werde, ist der bakteriologische Befund ungefähr immer der gleiche; nur bei Kindern, die dem täglichen Immersionsbad unterzogen werden, findet man mit grösserer Häufigkeit eine hohe Zahl von Mikroorganismen. Um die Produktion der Keime zu verhindern, ist es nützlich, die Mumifizierung der Schnur zu begünstigen. Zu diesem Zwecke rät Verf. zur Anwendung des Alkohols und der Abwaschung, anstatt der Immersion, bis nicht mehrere Tage nach dem Abfalle der Nabelschnur verstrichen sind.) (Artom di Sant' Agnese.)
134a. Ray, J. M., Congenital laryngeal stridor. Louisville Monthly Journ. of Med. and Surg. Bd. 18. Nr. 12.
135. Reichard, V. M., Spontaneous hemorrhage of the newborn with recovery. Journ. of Am. Med. Ass. Bd. 59. p. 1539. (Fall von Melaena.)
136. Reidy, J., Can the undelivered feotus cry? Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 1140. (2 Fälle von Vagitus uterinus; bei Wendung und bei Zangenoperation.)
137. Renshaw, I. J. E., Prolonged adherence of the umbilical cord. Lancet. Bd. 1. p. 1447. (47tägiges Haften des Nabelschnurrestes.)
138. *v. Reuss, A., Hämatom der rechten Nebenniere. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Sitzg. v. 2. Mai. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 859.
139. — Über transitorisches Fieber bei Neugeborenen. Zeitschrift f. Kinderheilk. Bd. 4. H. 1. (Wird auf abnorme Stoffwechselvorgänge zurückgeführt.)
140. *Reuter, Färbung von Epidermiszellen im Lungeninhalt. 7. Tagung d. Deutschen Ges. f. ger. Med., Karlsruhe. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 43. 2. Suppl. p. 149.
141. Richards, J. H., Omphalorrhagia neonatorum. Med. Record, New York. Bd. 81. p. 68. (Schwere Blutung aus der Nabelwunde, herabgesetzte Gerinnungsfähigkeit des Blutes; Hämophilie in der Aszendenz.)
142. *Ridella, A., Modificazioni che avvengono nel polmone prima e dopo la nascita in relazione con la funzione respiratoria. Veränderungen, die sich vor und nach der Geburt in der Lunge einstellen, in Beziehung mit den Atmungsfunktionen. Folia Gynaecologica, Pavia. Vol. VII. fasc. 3 u. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1816.
143. Rietschel, Frühgeburt. Ges. f. Natur- u. Heilk., Dresden, Sitzg. v. 24. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1012. (940 g schweres Kind, das am Leben erhalten wurde.)
144. Risel, Kern-Ikterus beim Neugeborenen. Zwickauer med. Gesellsch., Sitzung v. 5. Dez. 1911. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1066. (Tod am 8. Tage, Sektionsbefund.)

145. Rössing, H., Klinische Untersuchungen über Deformitäten der Nase bei Neugeborenen. Inaug.-Diss. Freiburg 1910. (Führt Verbiegungen der Nase nicht auf den Geburtsmechanismus, sondern auf gleichzeitige Scoliosis capitis und damit auf intrauterine Belastung zurück.)
146. Rosner, Fall von tiefer Impression des Stirnbeins. Gyn. Ges. Krakau, Sitzg. v. 27. Febr. Gyn. Rundsch. Bd. 6. p. 622. (Bei Zangenentbindung durch das Promontorium des platten Beckens.)
147. *Rouillier, Enfoncement d'un pariétale à siège rare. Soc. d'Obstétr. de Paris. Sitzg. v. 21. Dez. 1911. Presse méd. Nr. 2. p. 19.
148. *Sarrat, J., L'infanticide dans ses rapports avec les psychoses transitoires des femmes en couche. Thèse de Lyon 1911/12. Nr. 40.
148a. Savarè, Pemfigo congenito in neonato. (Angeborener Pemphigus in einem Neugeborenen. (La Ginecologia, Firenze, IX. 14.
149. Savariaud, Frakturen und Epiphysentrennungen bei Kindern. Journ. de Méd. de Paris. Ref. Med. Record New York. Bd. 82. p. 157, (Erwähnt Fälle von geheilten intrauterinen Frakturen.)
150. Saxl, Plexuslähmung und Epiphyseolyse des Humerus. XI. Kongr. d. Deutschen Ges. f. orthop. Chir. Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 829.
151. Schibkow und Winogradow, Die morphologische Beschaffenheit des Meconium und ihre gerichtlich-medizinische Bedeutung. Wratsch. Nr. 22.
152. Schloss, O. M., und L. J. J. Commiskey, Etiology and treatment of so-called hemorrhagic disease of new-born; report of cases. Am. Journ. of Dis. of Children. Bd. 3. Nr. 4. (Nehmen mangelhafte Gerinnungsfähigkeit des Blutes als Ursache an.)
153. Schmeisser, H. C., Über akute syphilitische Meningoencephalitis bei Neugeborenen. Zieglers Beitr. z. path. Anat. u. allg. Path. Bd. 53. H. 1. (Mit Abszessen der Hirnrinde.)
154. Schönberg, Tentoriumrisse bei Neugeborenen. Med. Ges. Basel, Sitzg. v. 24. Okt. Med. Klinik. Bd. 8. p. 2086. (Kurze Notiz.)
155. *de Schweinitz, G. E., The prevention of blindness. Med. Soc. of the State of New York, 106. Jahresvers. Med. Record. New York. Bd. 81. p. 827.
156. *Schweitzer, Zur Blennorrhöeprophylaxe. Ges. f. Geburtsh. u. Gyn. Dresden. Sitzg. v. 20. Nov. 1911. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 998 u. Arch. f. Gyn. Bd. 97. p. 101.
157. *Seitz, L., Zur Genese der intrakraniellen Blutungen der Neugeborenen. Fränk Ges. f. Geburtsh. u. Gyn., Sitzg. v. 11. Nov. 1911. Münchener med. Wochenschr. Bd. 59. p, 53 u. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p, 1.
157a. Sfameni, P., Legatura e recisione del funicolo ombellicale. (Unterbindung und Abtragung der Nabelschnur.) Gaz. Ital. d. Levatrici. Siena Anno 1. p. 17.
158. Siedlecki, J., Beitrag zur Lehre von der Melaena neonatorum. Przegl. Lekarski. Nr. 10 . p. 178. (Polnisch). (Glaubt an hereditäre Beziehungen zu Ulcus rotundum der Mutter.) (v. Neugebauer.)
159. Silberknopf, G., Intrauterin abgelaufene Pneumonie. Ges. f. innere Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. v. 21. März. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 609.
160. Simmonds, Ch. C., Two cases of intracranial cerebral hemorrhage in the newborn relieved by operation. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 166. p. 43. (2 Fälle nach Zangenentbindung.)
161. — Nabelschnurentzündung und Syphilis. Biol. Abtlg. d. ärztl. Vereins Hamburg. Sitzg. v. 14. Mai. Münchener med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2259. (Nabelschnurinfiltration ist kein Zeichen für Lues.)
162. *Sjövall, E., Leber-Glykogen und gerichtliche Medizin. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öff. San.-Wesen, 3. Folge. Bd. 43. p. 28 ff.
163. Smithson, O., Can the undelivered fétus cry? Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 1140. (Vagitus bei Anlegung der Zange.)
164. Soli, T., Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Schädelimpressionen bei Neugeborenen. Arch. f. Gyn. Bd. 97. p. 283. (3 eigene Fälle, 20 Fälle aus der Literatur.)
165. Spencer, S. C,, Hemorrhagic disease of newborn. Mississippi Med. Monthly. Bd. 16. Nr. 10.
166. *Ssokolow, Eine Methode der künstlichen Atmung bei Kindern. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 10. H. 9.
167. *— Mors thymica et asthma thymicum. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 57. H. 1.

168. Stamm, C., Über Krämpfe bei Neugeborenen. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 58. H. 1. (Wahrscheinlich durch infratentorielle Hirnblutung bei spontan verlaufener Geburt bewirkt.)
169. von Starck, Polyarthritis gonorrhoica im frühen Säuglingsalter. Med. Ges. Kiel, Sitzg. v. 15. Febr. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 672. (Nach Blepharoblennorrhöe und Vulvovaginitis.)
170. *Stephan, Über Melaena neonatorum. Med. Verein Greifswald, Sitzg. v. 4. Nov. 1911. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 245.
171. *Stephenson, S., On the duty of the practitioner in cases of ophthalmia neonatorum. Lancet Bd. 2. p. 1358.
172. Stickel, M., Über intrauterinen Verblutungstod der Frucht. Hufeland. Ges., Sitzg. v. 10. Okt. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 2198. (Bei velamentöser Nabelschnurinsertion; ein gleicher Fall von von Bardeleben, ebenso ein Fall von Verblutung eines eineiigen Zwillings in den anderen.)
173. Stiefler, Angeborene Diplegia spastica. Verein f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Wien, Sitzg. v. 12. März. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 989.
174. Stricker, L., Work of Cincinnati Association for welfar of blind and its attitude to ward prevention of blindness from venereal disease. Lancet. Clinic. Cincinnati, 17. August.
175. *von Sury, K., Die spontane Darmruptur bei Neugeborenen. VII, Tagung d. deutschen Ges. f. ger. Med. Karlsruhe. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. 3. Folge. Bd. 43. II. Supplem. p. 91.
176. Suszynski, E.. Die Zerreissung der Sutura sagittalis bei Spontangeburt. Inaug.-Diss. München 1911. (Bei engem Becken nach künstlicher Frühgeburt spontan geborenes Kind mit Zerreissung der Pfeilnaht und Kephalhämatom.)
177. Tallant, A. W., A study of ophthalmia in the newborn. Am. Journ. of Obstetr. Bd. 66. p. 866. (Empfiehlt 1% ige Silbernitratlösung und Neutralisation mit Salzwasser.)
178. Teevan, A., Can the undelivered fetus cry? Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 1140. (Vagitus bei Einleitung der künstlichen Frühgeburt nach dem Blasensprung.)
179. *Teilmann, Folmer, Om proventio Lapisbehandling af Navlesnorsstumpen og Navlesaaret hos nyfóate. (Über präventive Lapisbehandlung des Nabelschnurstumpfes und der Nabelwunde bei Neugeborenen.) Hospitalstidende. p. 430—432. (O. Horn.)
180. *Teuffel, Zur Thymushypertrophie. Ver. Sächs.-Thüring. Kinderärzte, Sitzg. v. 10. Dez. 1911. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 628.
181. Tissier, De la viabilité des nouveau-nés. Soc. de méd. lég. Paris. Sitzg. v. 12. Febr. Presse méd. Nr. 15. p. 157. (Ein vor dem 180. Tage geborenes Kind von 990 g und 31 cm wurde am Leben erhalten.)
182. *Truesdell, E. D., Beobachtungen an einigen Geburtsfrakturen des Humerus. Bull. of the Lying-in Hosp. Bd. 8. Nr. 4.
183. Trumpp, Rektaler Schleimpfropf und Darmstenosen bei Neugeborenen. Ges. f. Kinderheilk. München. Sitzg. v. 24. Mai. Münchener med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2371. (Stenose der ersten Jejunum-Schlinge, Tod.)
184. Unger, L., Status thymico-lymphaticus eines Neugeborenen. Wiener med. Wochenschrift. Bd. 62. p. 1181. (Hörbares Exspirium und leichte Zyanose, auf Raumbeengung durch Thymus-Hyperplasie zurückgeführt.)
185. *Ungar, Fahrlässige Kindestötung und heimliche Geburt. VII. Tagung d. Deutschen Ges. f. ger. Med. Karlsruhe. Vierteljahrschr. f. ger. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 43. II. Supplem. p. 119.
186. *Ungar, Zur Lehre von den intrauterinen Atmungsbewegungen. Niederrhein. Ges. f. Nat.- u. Heilk. Bonu, Sitzung v. 11. Dez. 1911. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 683.
187. Unterberger jr., Zwei Fälle von spontaner Nabelschnurzerreissung intra partum. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn., Sitzung v. 29. Juni. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 375. (Partielles Anreissen der Nabelschnur und eines Gefässes mit Blutung; keine Varikositäten; Spontangeburten.)
188. *Unterstenhöfer, J. F., Über die Credéisierung mit Sophol und Argentum nitricum. Inaug.-Diss. Heidelberg 1911.
189. Vallely, J. L., So-called precocious menstruation combined with occurrence of milk in the breasts of an infant; a case with hereditary features. Journ. of Am. Med.

Ass. Bd. 59. p. 539. (Blutung aus der Scheide bei allen Kindern derselben Mutter vom 3. Tage an.)
190. Vasfi, Contribution à l'étude de la docimasie hépatique. Annales d'hygiène publique et de méd. lég. 4. Serie. Bd. 18. p. 115. (Ähnliche Resultate wie bei Sjöval [162].)
191. Vernon u. Marcomet, Multiple Kephalhämatome. Lyon méd. 1911. (3 Kephalhämatome, über jedem Scheitelbein und über dem Okziput, bei in Steisslage geborenem Kinde.)
192. Viannay, Ch., Operation einer bei der Geburt entstandenen Schädelimpression. Revue prat. d'Obstétr. et de Paed. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1160. (Trepanation.)
193. *Vidal, P., Le melaena du nouveau-né. Thèse de Paris 1911/12. Nr. 69.
194. Vincent, B., The treatment of hemorrhagie disease of the newborn. Philadelphia Pediatr. Soc., Sitzung v. 12. Nov. Med. Record New York. Bd. 82. p. 1101. (11 Fälle, behandelt mittelst Transfusion und Seruminjektion.)
195. *Vorpahl, Über Melaena neonatorum. Med. Ver. Greifswald, Sitzung v. 4. Nov. 1911. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 245 u. Arch. f. Gyn. Bd. 96. p. 377.
196. Wachholz, L., Tod durch gewaltsame Erstickung. Prezgl. lek. Nr. 13. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1392. (Betont die Schwierigkeit der Erkennung und Beurteilung des Erstickungstodes besonders bei Neugeborenen.)
197. Waeber, P., Fall von Hämophilie bei einem Neugeborenen. Gyn. Rundschau Bd. 6. p. 207. (Fall von parenchymatöser Blutung aus dem Nabelstumpf.)
198. *Waldstein, Über Ventrikelblutungen beim Neugeborenen. Geburtsh.-gyn. Ges. Wien, Sitzung v. 13. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1704.
199. Wanklin u. Macrory, Pemphigus neonatorum. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 38. (16 Erkrankungsfälle, davon 15 in der Praxis einer Hebamme, welche an einer Phlyctaene am Finger gelitten hatte. In den Blasen wurden Streptokokken nachgewiesen, ebenso im Blut der Kinder, die starben.)
200. Wechsler, B. B., Umbilical clamp. Am. Journ. of Obstetr. Bd. 66. p. 85. (Zur Abklemmung der Nabelschnur 3 cm vom Nabel entfernt.)
201. *Weidenbaum, G., Ein Beitrag zur Technik der Credéschen Blennorrhoeprophylaxe. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1507.
202. Welch, G. T., Erysipelas in newborn infant. Journ. of Med. Soc. of New Jersey. Bd. 8. p. 449.
203. White, C., Fetus with congenital hereditary Graves's diseases. Proceedings of the R. Soc. of Med. April. (Basedowsymptome bei einem Neugeborenen einer Basedowkranken Mutter; Zyanose, Tod 34 Stunden nach der Geburt.)
204. Wieland, E., Spontangangrän zweier Fingerphalangen nach nekrotisierendem Nabelgeschwür bei einem Brustkind. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 116. (Als Streptokokkeninfektion durch das mütterliche Lochialsekret gedeutet; grosses Nabelulcus.)
205. *Wierusz, A., Ein Fall von Schädelverletznng bei hoher Zange. Inaug.-Diss. Leipzig.
206. *Wilke, Sektionsbefunde an der Dura mater. Med. Ges. Kiel, Sitzung v. 20. Juni. Münch. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1880.
207. Williamson, Death of the child from rupture of the umbilical vessels during labor. Journ. of Obstetr. and Gyn. of Brit. Emp. April. (Tödliche Ruptur aberierender Gefässe bei Insertio velamentosa; 2 Fälle.)
208. Winslow, R., Amputation for congenital gangrene. Southern Surg. and Gyn. Soc., 24. Jahresvers. Journ of Am. Med. Assoc. Bd. 58. p. 138. (Gangrän des rechten Vorderarms, keine Spuren von Umschnürung)
209. *Wolff, F., Beiträge zur Entstehung der Melaena neonatorum durch retrograde Embolie, nebst Mitteilung eines Falles von Volvulus beim Neugeborenen. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 72. p. 438.
210. Wordruff, T. A., Prevention of blindness. Illinois Med. Jonrn. Bd. 21. Nr. 4.
211. *Zade, Sogenannte Trachomkörperchen. Naturh.-med. Ver. Heidelberg, Sitzung v. 27. Febr. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 862.
212. Zadek, J., Über hämorrhagische Erosionen und Magengeschwür und ihre Beziehungen zur Melaena neonatorum im Anschluss an vier Fälle bei Säuglingen. Inaug.-Diss. Freiburg. (Fall von zahlreichen Erosionen und Geschwürsbildungen im Magen bei einem asphyktisch geborenen Neugeborenen mit Blutfüllung des Magens ohne

Blutentleerung nach aussen; Ätiologie dunkel; die andern drei Fälle betreffen ältere Säuglinge.)

213. Zangemeister, Tafeln zur Altersbestimmung der Frucht bzw. zur Beurteilung deren Entwickelung bei bekanntem Alter. Stuttgart, F. Enke. (Darstellung der Gesamtentwickelung, Schädelmasse, Bein- und Fusslänge, des Gewichts der inneren Organe und der Plazenta in Kurvenform.)

214. Zurücknahme des Prüfungszeugnisses einer Hebamme wegen Unzuverlässigkeit (Nichteinträufelung der Höllensteinlösung und Unterlassung der Zuziehung eines Arztes bei Blennorrhöe des Neugeborenen. Entscheid. d. preuss. Oberverw.-Ger. v. 2. März 1911. Medizinalarchiv 1911. H. 2. (Ein Auge ganz, das andere grösstenteils erblindet.)

215. *Zweifel, P., Zur Verhütung der Augeneiterung der Neugeborenen. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 881.

Heller (62) berichtet über zwei am Leben erhaltene frühgeborene Kinder von 800 Gramm Anfangsgewicht.

Geburtsverletzungen des Kindes.

Bauereisen (5) fand unter 667 Neugeborenen 47 Todesfälle, darunter 4 mal infratentorielle und 1 mal supratentorielle Blutung, 3 mal Tentoriumrisse mit schweren Verletzungen der Falx, des Sinus sagittalis und der Sinus cavernosi mit supra- und infratentoriellen Blutungen, 2 mal Verletzungen im Gebiete des Sinus sagittalis mit flächenhafter Verletzung an der oberen Tentoriumplatte und 1 mal Verletzung des Sinus sagittalis und rectus ohne Tentoriumverletzung mit starker einseitiger Blutung über der Konvexität des Gehirns und gleichzeitiger geringer infratentorieller Blutung. 9 Kinder waren tief asphyktisch und nicht zu beleben, 2 wurden belebt, gingen aber nach 2 Tagen an Atmungslähmung zugrunde. Alle Kinder waren operativ entwickelt, 1 mal mit Zange, 8 mal mit Extraktion, ein Kind war nach Zangenversuch spontan geboren worden. Besonders in Gefahr, schwer verletzt zu werden, sind frühgeborene Kinder. Disponierend sind ferner enges Becken und ungeeigneter Dammschutz mit Kompression des Kopfes in bitemporaler Richtung. Schultzesche Schwingungen bei solchen Kindern werden als Kunstfehler bezeichnet. Die Wiederbelebung geschieht nach Ahlfeld durch Freimachung der Luftwege und Aufenthalt im warmen Bad. Infratentorielle Blutungen sind prognostisch schlecht, sie bewirken Störungen der Atmung durch Druck auf die Medulla, doppelseitige klonische Zuckungen der Glieder und sekundäre Rindensymptome im Okulariusgebiet. Prognostisch günstiger sind supratentorielle Blutungen. Bei Exitus ist die Ursache nicht die Blutung, sondern der Hirndruck. Duraverletzungen und oberflächliche Tentoriumzerreissungen leichten Grades werden auch bei spontan geborenen Kindern, die an anderweitigen Krankheiten starben, gefunden. Da das Tentorium die schwächste Stelle der Dura ist, kommen Verletzungen bei spontaner und operativer Entbindung sehr leicht zustande; sie können auch zu chronischen zerebralen Erkrankungen führen. Der Hirndruck kann durch Trepanation beseitigt werden. Stöckel macht besonders auf die transversale Kompression des Scheitels beim Dammschutz aufmerksam.

Benthin (9) beschreibt 10 Fälle (darunter 9 bei Spontangeburten) von tödlichen intrakraniellen Blutungen aus Tentoriumrissen und berechnet ihre Häufigkeit auf 10% aller abgestorbenen und sezierten Kinder. Die Verletzung wird nicht nur auf seitliche Zusammenpressung des Kopfes, sondern auch auf Druck im sagittalen Sinne zurückgeführt und ganz besonders ein zu plötzlicher, zu intensiv und falsch ausgeführter Dammschutz, ausserdem vielleicht auch ein unrichtiger forcierter Hinterdammgriff als Veranlassung beschuldigt.

Montet (108) führt meningeale Blutungen beim Neugeborenen besonders auf schwierige Zangenoperationen, hohe Zange und unvorsichtiges Verfahren bei Wendung und Extraktion besonders bei syphilitischen Müttern und Alkoholikerinnen zurück.

von Herff (65) beobachtete Hirnblutung durch Tentoriumriss bei einem mittelst Kaiserschnitt entwickelten Kinde und führt die Verletzung auf Aufpressen des sehr harten Kopfes auf den verengten Beckeneingang zurück (Druckmarke auf die Kopfhaut). Durch feste Nabelschnurumschlingung um den Hals (Schnürfurche) war die venöse Stauung begünstigt worden.

Meyer und Hauch (105) fanden unter 64 totgeborenen oder gleich nach der Geburt gestorbenen Kindern in 28 Fällen Zerreissungen des Tentorium, die in 12 Fällen zum Tode führte. In 13 Fällen war die Zerreissung symptomlos geblieben. Bei spontaner Geburt tritt die Verletzung nur bei kleinen und frühgeborenen und vor der Geburt abgestorbenen Kindern ein. In einem Falle war bei einem mittelst Kaiserschnitts ge-

borenen Kinde die Verletzung durch die bereits begonnene Einpressung des Kopfes in das enge Becken bewirkt worden. Als besonders gefährlich wird der Druck auf den Kopf in sagittaler Richtung bezeichnet.

Seitz (157) führt die Entstehung intrakranieller Blutungen bei Neugeborenen nicht ausschliesslich auf Tentoriumrisse zurück, welche er auf starkes Aufpressen des Grosshirns auf das Tentorium bezieht. In einem Falle fand sich ausser einerTentoriumrissblutung ein davon getrennter Bluterguss über der Konvexität der rechten Grosshirnhemisphäre; die Ursache solcher Risse sucht Seitz in Zerreissung des Längssinus oder der einmündenden Venen durch Übereinanderschieben der Kopfknochen. Nicht tentoriellen Ursprungs sind ferner die Blutungen in die Ventrikel, welche aus zerrissenen Venen des Plexus choroideus stammen können, und die um die Medulla oblongata sitzenden, die die Gegend unter dem Tentorium freilassen. Sie sind besonders gefährlich und können nach tagelanger Abwesenheit von Symptomen plötzlich Zyanose, Atemkrämpfe und Exitus herbeiführen. Endlich wird die venöse Rückstauung des Blutes nach der Schädelhöhle bei Gesichtslage und Nabelschnurumschlingung als Ursache der Hirnblutungen wie auch von Blutungen in andere Organe bei Asphyxie beschuldigt.

Wilke (206) stimmt der Annahme einer queren Schädelkompression als Ursache der Tentoriumrisse nicht zu, sondern nimmt im Momente des Durchtritts des nachfolgenden Kopfes eine Raumeinengung der hinteren Schädelgrube an und glaubt, dass durch die so erzeugte Drucksteigerung ein Andrängen des Kleinhirns nach oben gegen das Tentorium bewirkt wird, und er sieht in der Häufigkeit der Durchtrennung der oberen Tentoriumlamette bei unvollständigen Rissen einen Beweis für seine Erklärung. Stärkere Blutungen entstehen nur, wenn der Riss den Sinus rectus und die Vena magna Galeni, besonders aber die Vv. cerebri inferiores posteriores in Mitleidenschaft zieht. Ausser nach Zangengeburten und Extraktion des nachfolgenden Kopfes wurden die Risse auch nach spontaner Geburt beobachtet. Zur übersichtlichen Darstellung der Dura-Verletzungen wird vorgeschlagen, beiderseits ein Fenster in die Schädelkapsel zu schneiden, bei dem der grösste Teil des Stirn-, Scheitel- und Schläfenbeins entfernt und die Pfeilnaht und mit ihr die Falx stehen bleibt.

Wird der Schädel der Quere nach komprimiert und die Falx gedehnt, so kommen Einrisse am freien Sichelrand zustande.

In einem Fall von Zangenentbindung beobachtete Wilke horizontale Fraktur der linken Schläfenschuppe und Zerreissung des Annulus tympanicus mit kolossaler subkutaner Blutung in der Hals- und Nackengegend und Blutung aus dem äusseren Ohr infolge Zerreissung des Trommelfells und der oberen Wand des äusseren Gehörgangs. Trotz der starken queren Kompression bestand keine intrakranielle Blutung.

Waldstein (198) beschreibt 2 unter tetanusähnlichen klonischen Krämpfen verlaufende tödliche Fälle von Ventrikelblutungen, einen nach leichter Geburt eines nicht ganz ausgetragenen Kindes und einen bei einem Kinde, das in länger dauernder Vorderscheitelbeineinstellung eine stärkere Kompression des Kopfes erlitten hatte.

Wierusz (205) macht auf die Gefährlichkeit der hohen Zange für das Kind bei Beckenverengung aufmerksam und teilt einen Fall von Impression und Fraktur, Absprengung des Stirnbeins an der Margo supraorbitalis und Verletzung des Daches der Augenhöhle und Exophthalmus mit.

von Herff (67) beobachtete löffelförmige Impression des rechten Scheitelbeins nach Wigand-Martin-Winckelschem Handgriff bei plattem Becken und Tod wahrscheinlich an Tentoriumriss. Die Impression war durch konzentrischen Druck nach A. Hoffmann ausgeglichen worden.

Kosmak (87) nimmt an, dass alle Depressionen des Schädels durch Becken- und Zangendruck mit Schädelfissuren kombiniert sind; 3 Fälle. Ein Fall von Impression nach wiederholten Zangenversuchen bei plattem Becken wird in der Diskussion von Beach mitgeteilt.

Rouillier (147) beobachtete Eindruck und Fraktur des nach hinten gelegenen (linken) Scheitelbeins und zwar des hinteren Teils bei Extraktion des nachfolgenden Kopfes durch ein verengtes Becken.

Bondy (15) beobachtete Zusammenhang eines äusseren Kephalhämatoms mit einem inneren durch einen Knochenspalt; das Kind war mittelst Zange nach 12 stündigem Stand des Kopfes in der Vulva entwickelt worden.

Carlsson (22) teilt 2 Fälle von Fazialisparese bei spontaner Geburt mit, einmal auf der bei der Geburt vorne und einmal auf der hinten gelegenen Kindesseite. Aus einer Zusammenstellung von 36 Fällen geht hervor, dass die Lähmung fast nur bei mässig

verengtem Becken und meistens durch Druck gegen die Symphyse bewirkt wird. Diese peripheren Lähmungen sind fast ausschliesslich von nur kurzer Dauer.

Lequeux (96) fand in 24,5% der Fälle Augenverletzungen der Neugeborenen, bestehend in Lähmungen, Korneal- und Retinal-Verletzungen, ferner je 1 Fall von Exophthalmus. Nystagmus und Chemosis. Korneal-Verletzungen wurden in 6 Fällen (darunter 3 Zangengeburten) gefunden. Retinal-Verletzungen (Blutungen) in 15 Fällen. Als Ursache der Blutungen wird venöse Rückstauung angenommen; frühgeborene und syphilitische Früchte disponieren zu Augenblutungen.

Pincus (130) beobachtete als Folge einer Zangenentbindung, nach der das Auge dick angeschwollen und blutunterlaufen war, persistierende Hornhauttrübung, wahrscheinlich durch Zerreissung der Membrana Descemetii; in einem 2. Falle entstand nach schwerer Zangenentbindung in Vorderscheitelstellung Sympathikuslähmung am rechten Auge mit Ptosis, Myosis und Enophthalmus (Hornersche Trias).

Nieszytka (e 44) betont bei Organzerreissungen mit Blutungen bei Neugeborenen, besonders der Leber und der Nebennieren, die Möglichkeit, dass sie durch Asphyxie entstanden sein können; sehr tiefgreifende Leberrupturen sind mit grosser Wahrscheinlichkeit durch äusseres Trauma bewirkt. Ausserdem können agonale und postmortale Zerreissungen eintreten. Schultzesche Schwingungen bei Asphyxie dürfen keinesfalls ohne weiteres als Ursachen gedeutet werden.

Die Verblutung aus der nicht unterbundenen Nabelschnur führt Nieszytka auf einen ausbleibenden Druckabfall in der Aorta oder den wieder ansteigenden Druck bei ungenügender Entfaltung des Lungenkreislaufs oder endlich auf schlechte Kontraktion der abnorm schwachen oder erkrankten Gefässwandungen, oder auf abnormen Verlauf und Anastomosen oder auf glattes Abreissen dicht am Nabelring zurück. Bei Blutung aus der unterbundenen Nabelschnur kann grosser Sulzreichtum als entlastendes Moment gelten. Parenchymatöse Spätblutungen sind auf Lues, Hämophilie etc. zurückzuführen. Ferner wird die Möglichkeit tödlicher Blutungen durch rituelle Zirkumzision, Inzision des Zungenbändchens, Vakzination und Extraktion von Schneidezähnen, Melaena, Infektionen etc. erwähnt.

v. Reuss (138) beobachtete bei einem normal geborenen Kinde ein die Niere umgebendes und in die Bauchhöhle durchgebrochenes Hämatom der rechten Nebenniere. Exitus.

v. Sury (175) beobachtete während der Geburt entstandene Darmruptur am Übergang der Flexur in das Rektum mit Perforativperitonitis und Exitus 24 Stunden post partum und führt derartige Rupturen auf die durch die Wehentätigkeit veranlassten plötzlichen Druckschwankungen bei stark gefülltem Darm zurück. Bei in der Schwangerschaft aufgetretenen Darmrupturen ohne Trauma nimmt er eine lokalisierte oder allgemeine Minderwertigkeit der Darmwandung als Ursache in Anspruch.

Bretz (19) beschreibt einen Fall von mehrfachen Defektbildungen auf der Scheitelhöhe eines in Steisslage geborenen Kindes, die sicher nicht durch äusseres Trauma, sondern durch wahrscheinlich ungleichmässiges Abreissen einer amniotischen Adhäsion zustande gekommen waren. Ausserdem zeigte das Kind angeborene Atresie der Arteria pulmonalis mit Defekt im Ventrikelseptum, Verschmelzung der Nieren, Polydactylie und Kryptorchismus.

Bertkau (11) beobachtete 2 Fälle von Fraktur des hinaufgeschlagenen Oberschenkel nach lege artis ausgeführter Wendung auf einem Fuss und beschuldigt in beiden Fällen einen Widerstand, den das hinaufgeschlagene Bein am Beckeneingang oder am Promontorium gefunden hatte.

Truesdell (182) berichtet über 11 Fälle von Humerusfrakturen, alle nach Armlösung und zwar sass die Bruchstelle stets nahe der Mitte der Diaphyse, entweder mit Winkelstellung der Fragmente mit nach innen offenem Winkel, oder seltener mit parallel stehenden und lateral verschobenen Fragmenten. In einem Falle bestand Erbsche Lähmung des gebrochenen Armes.

Jäger (74) beobachtete 2 Frakturen des Oberarmes bei spontaner Geburt in Kopflage; einmal brach beim Durchtritt der Schultern unter in die Höheziehen des Kopfes und Dammschutz der hinter der Symphyse liegende Arm. Im 2. Falle blieb die Entstehung unaufgeklärt.

Oeconomos (121) führt die Geburtslähmung des Plexus brachialis auf gewalttätiges Verfahren bei operativer Entbindung mittelst Zange oder häufiger bei Wendung und Extraktion zurück.

Lange (91) betont das Vorkommen von Bewegungsbeschränkungen des Oberarmes bei Neugeborenen ohne Verletzung und Lähmung der Nerven und führt diese auf eine Distorsion des Schultergelenks zurück. Er verlangt bei Bewegungslosigkeit des Armes nach Armlösung Prüfung der Muskulatur durch Pinsel oder Nadel, ev. durch Elektrizität. Wird hiebei keine Plexus-Schädigung gefunden und ist das Schultergelenk auf Druck empfindlich, so soll eine Röntgenaufnahme gemacht werden, ob eine Luxation (äusserst selten!) oder eine Fraktur am verknöcherten Teile des Oberarmes vorhanden ist. Verletzung am knorpeligen Teile kann im Röntgenbilde nur bei deutlicher Verschiebung der Bruchenden erkannt werden. Besteht keine Verschiebung, so ergibt bei Innen- und Aussenrotation des Armes weiche Krepitation und grosse Rotationsmöglichkeit eine Epiphysenlösung. Bei negativem Untersuchungsresultat ist eine Distorsion des Schultergelenks anzunehmen, besonders wenn Aussenrotation und Armheben nach hinten besonders schmerzhaft ist, während Armheben nach vorne und Abduktion keine Schmerzen verursacht.

In der Diskussion führen Vulpius und Heusner die Entbindungslähmungen meist auf Epiphysenlösung, Finck auf echte Schulterluxation, Peltesohn auf Fraktur am Collum chirurgicum zurück.

Frauenthal (48) führt die Lähmung des Plexus brachialis stets auf Zug am Halse und Zerrung des Halses zurück.

Engelmann (42) beobachtete nach schwieriger Extraktion rechtsseitige vollständige Lähmung des Plexus brachialis, links hauptsächlich auf den N. radialis beschränkte Lähmung.

Goldberg (53) führt das Caput obstipum nicht ausschliesslich auf Geburtstrauma zurück, sondern hält degenerative Vorgänge im Muskel (Zenker) für primär und etwaige Verletzungen begünstigend.

Asphyxie und Wiederbelebung.

Hirsch (70) betont die Gefährlichkeit der Schultzeschen Schwingungen bei intrakraniellen Verletzungen, deren Erkennung unmittelbar nach der Geburt sehr schwierig ist und befürwortet statt des sofortigen Schwingens die von Ahlfeld vorgeschlagene Beobachtung im Bade und die Kombination der Thoraxkompression nach Prochownik und Ogata mit Lufteinblasen in die Trachea, Herzmassage und Zungentraktionen.

Ssokolow (166) empfiehlt als künstliche Atmung Flexion der Oberschenkel und Druck gegen das Abdomen und darauffolgende Extension.

Nun (120) empfiehlt den von Planchu (132) konstruierten Apparat als bestes Mittel der Luft-Insufflation bei asphyktischen Neugeborenen. Der Apparat besteht aus einem Trachealkatheter mit biegsamem Mandrin, das die Trachea nicht vollständig ausfüllt, so dass ein Rückströmen der Luft ermöglicht ist, ferner aus einem mittelst Schlauch befestigten Kautschuk-Gebläse und aus einem eingeschalteten T-Rohr, das die Verbindung mit einem Quecksilber-Manometer herstellt, das nur einen Druck von höchstens 40 mm Hg gestattet. Die erzielten Resultate waren sehr befriedigend.

Infektion und Blutungen.

Noack (118) beschuldigt für eine Reihe von Erkrankungen der Neugeborenen die Infektion des Kindes durch Scheidenkeime, so für Pemphigus, Erysipel, gonorrhoische Exantheme, Augeninfektionen, Pneumonie, Otitis media, die zur Meningitis führen kann, Gastroenteritis, Pseudodiphtherie, Stomatitis, Mundgonorrhoe, Entzündung der Speicheldrüsen, selbst für Soor, Mastitis neonatorum, Nabelsepsis, Infektion der Vulva und Vagina.

Nicholson (117) hält die Melaena für einen Ausdruck einer vom Darm ausgehenden Sepsis.

Vidal (199) führt die echte Melaena zumeist auf eine Infektion oder auf Syphilis zurück, gibt aber Fälle von anderer, unaufgeklärter Ätiologie zu.

Vorpahl (195) beobachtete tödliche Melaena durch Blutung aus varikös erweiterten, ganz oberflächlich liegenden Ösophagusvenen, die er auf kongenitale Phlebektasien zurückführt.

Stephan (170) fand in einem Falle bei der Sektion die gleichen Veränderungen; er nimmt für eine Anzahl von Melaena-Fällen auch Hirndruck als Ursache an.

Wolff (209) bestätigt die von Franquésche Erklärung der Entstehung der Melaena in den allerersten Tagen nach der Geburt durch retrograde Embolie aus der unterbundenen Nabelvene in das Wurzelgebiet der Pfortader und beschreibt einen unter dem Bilde einer

Melaena verlaufenden Fall von mehrfacher Torsion des Dünndarms mit sackartiger Erweiterung des Duodenums.

Nabelinfektion und Nabelversorgung.

Hirsch (69) beschreibt die an der Freiburger Klinik übliche Behandlung des Nabelschnurrestes: Anlegen einer Kocherschen Klemme dicht über dem Circulus arteriosus umbilicalis, Abschneiden haarscharf an der Klemme, Abreibung des Kindes mit sterilem Öl; nach 10 Minuten Abnahme der Klemme und Bedecken des papierdünnen Stumpfs mit steriler Gaze; Verband. Abfall des Schnurrestes durchschnittlich am 6. Tag; 1 Todesfall an Sepsis.

Jaschke (75) spricht sich für zweizeitige Abnabelung (Seidenfaden 1,5 cm vom Hautnabel nach dem Baden) und für Austrocknung mit sterilisierter Bolus alba aus, ausserdem für den Flickschen Schürzenverband.

Noeggerath (110) deutet ein doppelseitiges grosses Nebennieren-Hämatom als Verletzung durch Schultzesche Schwingungen.

Teilmann (179) empfiehlt 2—4%ige Lapisgaze für den Nabelverband.

Ophthalmoblennorrhöe und Prophylaxe.

Bartels (4) fand bei der unmittelbar nach der Geburt meist einseitig auftretenden nichtblennorrhöischen Konjunktivitis gewöhnlich eine Behinderung der tränenableitenden Wege und von Mikroorganismen Staphylokokken, Pneumokokken und besonders Xerosebazillen, koliähnliche, Stäbchen, einmal den Influenzabazillen ähnliche Keime. Unter 70 Blennorrhöefällen waren nur 38 durch Gonokokken bewirkt. Streptokokkeninfektion ist von sehr deletärer Wirkung. Bartels verlangt die obligatorische Einträufelung und bei Erkrankungen die Anzeigepflicht der Hebammen.

Bednarski (6) berechnet der Zahl der blenorrhöeblinden Kinder auf 15% aller Blinden, die Zahl die durch Blennorrhöe einäugigen auf 12% aller einäugigen Kinder.

Bertino (10) beobachtete drei schon bei der Geburt vorhandene Ophthalmiefälle, einen durch Gonokokken und zwei durch Staphylokokken, alle nach vorzeitigem Blasensprung.

Bublitschenko (20) hält die Gonokokken in weniger als der Hälfte der Fälle für die Ursache der Augeneiterung der Neugeborenen und hält für die Prophylaxe reichliche Abwaschung des Auges und seiner Umgebung mit Sublimatlösung (1:6000) für genügend.

Cooper (29) empfiehlt zur Einträufelung Sublimat (1:4000 bis 6000), womit auch Gesicht und Kopf gewaschen werden sollen.

Credé-Hörder (30) dringt angesichts der Tatsache, dass 12,39% aller deutschen Blindenanstalts-Pfleglinge durch Blepharoblennorrhöe erblindet sind, auf obligatorische Einführung der Credéschen Prophylaxe und erklärt die Wahl des Prophylaktikums für eine Frage von sekundärem Interesse. (In Bayern ist seit zwei Jahren die obligatorische Einträufelung für die Hebammen eingeführt. Ref.)

Frommholz (51) schlägt vor, die Augenlider nicht mit blossen Fingern, sondern mittelst sterilen Verbandstoffs auseinanderzuziehen, weil die gewöhnliche Technik für die Hebammen schwer auszuführen ist.

von Herff (66) tritt neuerdings für die Anwendung des Sophols in die Blennorrhöeprophylaxe ein; er verlangt obligatorische Einführung und ausserdem strenge Anzeigepflicht bei Erkrankungen. Die Sopholeinträufelung ist nicht nach der Abnabelung, sondern nach dem Baden und Ankleiden des Kindes vorzunehmen, weil Ausschwemmen der eingeträufelten Lösung im Bade zu befürchten ist. Die Lösung soll zu einem oder einigen Tropfen auf die geschlossenen Lider oder auf den inneren Lidwinkel aufgeträufelt werden.

Jaschke (75) hat bei Verwendung von Silbernitrat in 6,27% Reizkatarrhe und in 0,36% ungenügende Wirkung beobachtet und empfiehlt zur Prophylaxe das Sophol.

Katzenellenbogen (83) spricht sich für Verwendung des Sophols wegen der geringeren Reizerscheinungen aus und fordert obligatorische Einführung der Einträufelung.

Lehle (95) erklärt an der Hand einer grösseren Versuchsreihe mit Silbernitrat, Silberazetat und Sophol das letztere Mittel als das souveräne Prophylaktikum wegen der Sicherheit der Wirkung, der Reizlosigkeit und der monatelangen Haltbarkeit.

Löhlein (100) sieht in den Einschlüssen bei Konjunktivitis Infektionsträger, die relativ gutartige chronische Entzündungsprozesse, besonders Erkrankungen des Epithels mit sekundärer reaktiver Wucherung und plasmazellulärer Infiltration des subepithelialen Gewebes hervorrufen; diese Infektionsträger kommen als Erreger gutartiger Harnröhren-

und Scheidenkatarrhe vor und können bei der Geburt auf das kindliche Auge übertragen werden. Mit Trachom haben sie ätiologisch nichts zu tun.

Mackenzie (103) befürwortet obligatorische Einführung der Credéschen Einträufelung.

de Schweinitz (155) berechnet die Häufigkeit der Erblindung an Ophthalmoblennorrhöe auf 25—40% der Zöglinge an den amerikanischen Blindenanstalten und tritt für sorgfältige Ausbildung der Ärzte und Hebammen, für Einführung der Credéschen Prophylaxe und Anzeigepflicht in Erkrankungsfällen ein.

In der Diskusssion gibt Seefelder dem Azetat den Vorzug vor dem Sophol, das nicht so gut haltbar sei.

Stephenson (171) verlangt stets Ausführung prophylaktischer Massnahmen, und zwar bei blossem Verdacht auf Gonorrhoe sorgfältige Waschungen der Augen, bei objektiven Anhaltspunkten Einträufelung von 1% Silbernitrat, ausserdem obligatorische Anzeigepflicht für die Hebammen.

Weidenbaum (201) schlägt zur Durchführung der Prophylaxe die Herstellung von genau dosierten Proben (mit Kalisalpeter als Constituens) zur frischen Herstellung der einzuträufelnden Lösung vor, weil allen Silberlösungen der Nachteil der leichten Zersetzbarkeit anhaftet.

Zade (211) konnte Einschlüsse zwar bei gonokokkenfreien Blennorrhöen, nicht aber im Genitalsekret der betreffenden Mutter finden.

Unterstenhöfer (188) ermittelte, dass die prophylaktische Leistung des Sophol dreimal so gross ist als die des Silbernitrats, die Häufigkeit der Reizerscheinungen dagegen nur ein Drittel gegenüber der 1%igen Lapislösung beträgt. Dennoch wird die allgemeine Einführung des Sophols wegen seiner geringen Haltbarkeit nicht empfohlen.

Zweifel (215) stellt auf Grund der von Schweitzer (156) angestellten Untersuchungen die Augenschädigungen zusammen, welche durch irrtümliche Anwendung zu konzentrierter Silbernitratlösungen entstanden sind und hebt besonders für die Hebammenpraxis die Vorteile des viel schwerer löslichen Silberazetats hervor, dessen Lösung durch Wasserverdunstung nicht konzentrierter werden kann. Die Vergleichung der Reizwirkung des Mittels auf das Auge mit anderen angewandten Mitteln ergab ebenfalls eine Überlegenheit des Azetats auch gegenüber dem Sophol, dessen Lösungen nicht homogen bleiben. Bei der Azetatanwendung wird zu weiterer Verringerung der Reizerscheinungen das Nachspülen mit Wasser oder schwacher Kochsalzlösung empfohlen. (Die Bemerkung, dass in Bayern die prophylaktische Anwendung des Silberazetats bei den Hebammen fakultativ eingeführt ist, ist überholt, weil seit etwa drei Jahren die Einträufelung obligatorisch bei jedem Kind vorzunehmen ist. Ref.)

Plötzliche Todesfälle bei Neugeborenen.

Grenacher (56) nimmt für Stridor thymicus und plötzliche Todesfälle den mechanischen Druck der hypertrophischen Thymus auf die Halsorgane an und führt eine Anzahl von mittelst partieller Enukleation der Drüse operierten Fällen als Beweis an.

Ssokolow (167) bestreitet einen plötzlichen Tod durch Thymusvergrösserung, sondern führt solche plötzliche Todesfälle auf eine Stoffwechselanomalie zurück, die zugleich zur Thymus- und Drüsenhypertrophie führt. Der Thymustod ist Folge vorangegangener Erkrankung an Asthma thymicum, die mit der Vergrösserung des Thymus ursächlich zusammenhängt.

Teuffel (180) fand bei plötzlichem Thymustod Kompression beider Bronchi, besonders des rechten wenig unterhalb der Bifurkation durch die hypertrophischen Thymus (rechter Lappen 6×6×3 cm, linker 4,5 cm lang).

Ipsen (81) erwähnt zwei tödliche Fälle von Morphiumvergiftung bei Kindern, einmal durch 0,01 (Verwechselung seitens der Pflegerin) bei einem 6 Wochen alten und einmal durch 0,005 (Irrtum des Apothekers) bei einem 15 Tage alten Säugling.

Kindestötung.

Amschl (d. 8) folgert die Notwendigkeit der milden Beurteilung des Kindesmordes daraus, dass die Frucht, die sich vom Mutterleibe löst, erst zum Menschen wird, es aber noch nicht ist.

Sarrat (148) sammelt 18 Fälle von Analysen des Geisteszustandes von Kindesmörderinnen und kommt zu dem Ergebnis, dass es eine besondere Form von akutem Wahnsinn, der bei bisher gesunden Personen im Augenblick der Geburt ausbricht und zu einem impulsiven Angriff auf das Kind führen könnte, nicht gibt; dagegen können bei

Prädisponierten transitorische Delirien auftreten. Die Prädisposition ist gegeben bei Hysterischen, Epileptischen, Degenerierten, Alkoholikerinnen und bei chronischen Intoxikationszuständen. Begünstigt wird bei solchen Prädisponierten der Ausbruch eines transitorischen Deliriums durch die erste Entbindung, durch Zwillingsschwangerschaft und durch eine Graviditätstoxikose. Die Begutachtung hat nach hereditären oder erworbenen Merkmalen zu forschen, welche eine solche Prädisposition erweisen, und beruht auf genauer Untersuchung des Körper- und Geisteszustandes der Angeklagten, um die Möglichkeit solcher transitorischer Störungen nachzuweisen.

Burgl (c. 7) berichtet über eine Kindsmordanklage gegen eine Hysterische wegen Kindestötung; die Untersuchung ergab, dass das Mädchen nicht schwanger gewesen ist, und dass es sich um eine sog. „hysterische Schwangerschaft" gehandelt habe.

Burgl (c. 6) berichtet ferner über Kindestötung durch Erdrosselung mittelst eines fest um den Hals herumgeknoteten Taschentuches bei positiver Lungenprobe (Fäulnis). Die Täterin war hysterisch, psychisch minderwertig, wurde aber doch für strafrechtlich verantwortlich erklärt.

In einem zweiten Falle hatte eine hysterische, psychopathisch minderwertige Person ihr im Abort heimlich geborenes Kind getötet, indem sie ihm mittelst Taschenmessers („Federmesser") sechs Schnitt- und drei Stichwunden in die Halsgegend beibrachte, durch welche die Luftröhre, zwei Arterien, drei Venen und Wirbelsäule und Rückenmark durchschnitten wurden. Sie wollte von ihrer Schwangerschaft keine Kenntnis gehabt und die Geburtsschmerzen für Stuhldrang gehalten und von der Tat selbst keine Erinnerung haben. Da die Bewusstlosigkeit als unwahr nachgewiesen werden konnte, wurde sie trotz ihrer psychischen Minderwertigkeit für strafrechtlich verantwortlich erklärt.

Ledderhose (93) hebt die häufige Resultatlosigkeit der gerichtlichen Untersuchungen auf Kindsmord hervor, die er auf die Unsicherheit der Deutung vieler Leichenbefunde, z. B. der Ecchymosen, und besonders auf die Unsicherheit der Merkmale des Erstickungstodes zurückführt. Bei der Lungenuntersuchung macht er auf die Wichtigkeit der mikroskopischen Besichtigung der Lungenoberfläche und der Prüfung des Bronchialinhalts mittelst Eröffnung der Bronchien aufmerksam. In Anbetracht der Verwischung der Befunde durch die Fäulnis bedauert er die häufige Unvollkommenheit der richterlichen Untersuchung und die Hinausschiebung der gerichtlichen Sektion.

Ungar (185) bezweifelt, dass es sich bei allen Fällen, in welchen sich bei Sektionen Neugeborener allgemeine Erstickungsmerkmale ohne Nachweisbarkeit einer erstickenden Ursache finden, um intra partum oder durch Geburtsschädigung zustande gekommene Erstickungsfälle handelt, und glaubt, dass die Erstickung durch weiche Bedeckungen nicht so selten ist, wie Haberda annimmt. Ferner betont Ungar die Schwierigkeit des Nachweises der absichtlichen Kindestötung in den Eimer und in den Abort und des Nachweises der Unrichtigkeit einer behaupteten Sturzgeburt, noch mehr aber die Schwierigkeit des Nachweises einer Tötung durch Unterlassung des nötigen Beistandes. Zu dem letzteren Zwecke ist der Nachweis der Todesursache ausschlaggebend, namentlich Erstickung und Tod durch Wärmeverlust, ausnahmsweise Verblutung aus der Nabelschnur. Für die beiden erstgenannten Todesarten sind die Kriterien sehr unsicher. Angaben über Ohnmacht, Sinnesverwirrtheit, Erschöpfung, Glaube, dass das Kind tot gewesen sei, sind möglich und daher schwer zu widerlegen. Bezüglich der Annahme einer Fahrlässigkeit stellt Ungar den Satz auf, dass im allgemeinen eine geistesgesunde und ihrer Sinne mächtige Person die Lebensgefahr des in Fruchtwasser liegenden, in einen Eimer geborenen oder in den Aborttrichter eingezwängten oder der Kälte ausgesetzten Kindes erkennen kann. Angesichts der schwierigen Lage des Gutachters bezüglich der Entkräftung der vorgebrachten Einreden wirft Ungar die Frage auf, ob nicht überhaupt eine heimliche Geburt eine fahrlässige Handlung in sich schliesst, weil jede geistesgesunde Person weiss, dass eine Gebärende des Beistandes bedarf und weil der Tod eines Kindes ohne Verheimlichung der Geburt hätte verhütet werden können. Bei dieser Annahme wäre eine fahrlässige Tötung immer gegeben, auch wenn die Mutter nicht imstande gewesen wäre, das Kind aus der Gefahr zu befreien, und er schlägt deshalb die Aufnahme einer derartigen Bestimmung in das Strafgesetzbuch vor.

In der Diskussion äussert Strassmann sich weniger skeptisch in bezug auf die Glaubwürdigkeit der Angeklagten in ihren Angaben über momentane Hilflosigkeit; er betont die Berechtigung der Erwägung einer fahrlässigen Tötung, aber zugleich die Schwierigkeit des Nachweises. Ziemke hält die Erstickung durch weiche Bedeckungen für selten und führt Fälle an, die beweisen, dass das Neugeborene gegen Wärmeverluste nicht so sehr empfindlich ist. von Sury erklärt den Befund von Fruchtwasser und Meconium in

den Lungen für sehr wichtig nnd glaubt nicht wie Ungar, dass auf Grund der Ahlfeldschen intrauterinen Atembewegungen Befunde von Fruchtwasserbestandteilen in den Lungen, besonders wenn sie ausgedehnt sind, für physiologisch gehalten werden können. Strauch sieht in den Geburtsschmerzen, dem Blutverlust und den psychischen Erregungen während der Geburt genügend Momente, um Überlegung und Willensfreiheit zu beeinträchtigen und glaubt, dass nur ein festes und länger, vielleicht 6 Minuten dauerndes Aufpressen von Kissen Erstickung herbeiführen könne. Puppe bemerkt, dass ein Kind, wenn es auf Mund und Nase liegt und wenn es „eingewickelt" wird, leichter erstickt.

Reuter (140) erhielt statt mit der Strassmannschen mit der Gramschen Färbung nach der von Weigert angegebenen Modifikation ausgezeichnete Bilder der in die Lungen aspirierten fötalen Epidermiszellen und fand diese Methode auch bei stark gefaulten Lungen noch anwendbar.

Ungar (186) bespricht die Bedeutung der von Ahlfeld gefundenen und von Reifferscheid bestätigten intrauterinen Atembewegungen für die gerichtliche Medizin und hebt hervor, dass der Befund von Fruchtwasserbestandteilen in den Lungen nicht mehr auf intrauterine Asphyxie schliessen lasse. Die Meinung Reifferscheids, dass diese Atembewegungen bei geschlossener Glottis stattfinden, bezweifelt Ungar, weil er aus den Kurven entnehmen zu können glaubt, dass die intrauterinen Atembewegungen kaum weniger kräftig sind als die des 5 Tage alten Kindes. Ungar glaubt, dass diese Atembewegungen eine Aufnahme des Fruchtwassers in den Ösophagus ermöglichen.

In der Diskussion erklärt Reifferscheid, dass sowohl wegen geschlossener Glottis als wegen des Reibungswiderstandes der engen fötalen Luftwege das Fruchtwasser nur oberflächlich eingesaugt werde, und Stursberg verteidigt die Annahme eines Glottisverschlusses und betont, dass aus der Grösse der Ausschläge nicht auf die Ausgiebigkeit der Atembewegungen geschlossen werden könne. Ungar nimmt bei Verschluss der Glottis um so eher eine Aspiration von Fruchtwasser in die Speiseröhre an.

Beneke (7) fand bei zwei Neugeborenen, von denen einer am 2. Lebenstage unter plötzlichen krampfhaften Bewegungen und tiefen Atemzügen, der andere nach 1½ Stunden lang ausgeführten Schultzeschen Schwingungen gestorben war, Tentoriumzerreissung mit subduralem Bluterguss und starke Luftfüllung im linken Herzen (beim 2. Falle auch im rechten und in den Lebervenen) und im Aortensystem und in beiden Fällen interstitielles Lungenemphysem. Unter Bezugnahme auf die Versuche von Bichat und Marchand wird dieser Übertritt von Luft nach dem linken Herzen in einem Falle auf gewaltsame Inspiration, vielleicht auch auf Exspirationskrampf, im anderen Falle auf die Schwingungen zurückgeführt, ähnlich wie nach Lufteinblasen in die Trachea bei den angeführten Versuchen. Die Asphyxie wird in beiden Fällen auf die Hirnblutung bezogen. Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass solche Luftanfüllungen des Herzens und der grossen Gefässe bei der Sektion meistens übersehen und auf Ansaugung nach Eröffnung eines grossen Gefässes bezogen werden.

In der Diskussion bezeichnet Veit das künstliche Einblasen von Luft in die Lungen für gefährlich und Horst teilt mit, dass auf der Olshausenschen Klinik mehrmals interstitielles Emphysem und einmal auch Luftfüllung des Herzens bei der Sektion nach Einblasen von Luft gefunden wurde, so dass künstliches Lufteinblasen nur mit grösster Vorsicht ausgeführt werden darf.

Hegler (61) weist nach, dass bei Föten mit dem Zeitpunkt des klinisch festgestellten Todes keineswegs der im Elektrokardiogramm verzeichnete Aktionsstrom aufhört, sondern noch bis zu 2½ Stunden sehr verlangsamte, teilweise sehr veränderte Ausschläge zu erkennen sind.

Sjövall (162) kommt nach Untersuchungen an Leichen, die er auch auf Leichen Neugeborener ausdehnte, zu dem Schlusse, dass der Leberglykogengehalt zur Bestimmung der Todesart nicht verwendet werden kann, weder die Glykogenmenge, noch die durch postmortale Faktoren in hohem Grade beeinflusste extrazelluläre Lagerung des Glykogens. In gleicher Weise ergeben die Untersuchungen von Vasfi (190) keine entscheidenden Resultate.

Puppe (139) fand den Sauerstoffgehalt des Blutes des linken Herzens nach gewaltsamer Erstickung immer noch zu 4% und erklärt den Sauerstoffbefund des Blutes zur Diagnose der gewaltsamen Erstickung für nicht verwendbar.

Patoir und Leclercq (127) machen auf das Vorkommen von Blutsuffusionen in den Halsmuskeln, besonders im Sternokleidomastoideus, und von retropharyngealen und endolaryngealen Ecchymosen bei Neugeborenen aufmerksam, welche lediglich von Geburtsvorgängen herrühren und ohne äussere Verletzungen entstanden sind.

Dervieux und Leclercq (34) besprechen die gerichtlich-medizinische Untersuchung der Meconiumflecken, bei deren Nachweis die mikroskopische Untersuchung der abgeschabten und in etwas Wasser aufgeweichten Krusten oben ansteht. Der Nachweis besteht in der Erkennung der bekannten Bestandteile, besonders der Cholesterinkristalle und der Meconiumkörperchen, deren blassviolette Färbung auf Zusatz von salpetriger Säure enthaltender Salpetersäure hervorgehoben würde. Die chemische Untersuchung allein gibt keine entscheidenden Resultate, dagegen wird, wo die mikroskopische Untersuchung zweifelhaft bleibt, der biologische Nachweis mittelst Präzipitinreaktion für wichtig erklärt, besonders da, wo der Fundort und die übrigen Umstände die Möglichkeit offen lassen, dass es sich um tierisches Meconium handeln könnte. Der mikroskopische Befund kann ferner Anhaltspunkte liefern (Cholesterinkristalle, aber keine amniotischen Abfallprodukte), dass das Meconium von einem nicht ausgetragenen Kinde (5. bis längstens 8. Schwangerschaftsmonat) stammt. Noch nicht völlig eingetrocknetes Meconium lässt auf ein Alter der Flecken von längstens 3 Tagen schliessen, bei vollständiger Eintrocknung ist eine Altersbestimmung nicht mehr möglich.

Lipinski (98) veröffentlicht 64 Fälle von Sturzgeburten aus der Breslauer Klinik mit 12 Weichteilverletzungen an den äusseren Genitalien (11 Dammrisse), 15 Nabelschnurzerreissungen, aber ohne Blutung, 14 Blutungen in der Plazentarperiode und 4 Nachblutungen (alle nicht bedrohlichen Grades), einem Fall von teilweiser Plazentarretention. Verletzungen des Kindes und Schädigung durch Nabelschnurdruck wurden nicht beobachtet. 8 Wöchnerinnen fieberten, 7 an extragenitaler Ursache und eine an genitaler Streptokokkeninfektion (tödlich), die auf Infektion durch die Hände der Kreissenden zurückgeführt wird.

Lesser (97) vermochte an Leichen Neugeborener durch äussere Verletzungen (Schlag, Stoss, Fusstritt, Hammerschlag etc.) eine Reihe von Verletzungsfolgen an den verschiedensten betroffenen Körperteilen — Schwellungen, Blutergüsse — hervorzubringen, die sich von intravital und agonal beigebrachten weder qualitativ noch in bezug auf Tiefenwirkung unterschieden, besonders entstanden auch bei Würgen und Einbohrung des Fingers in den Rachen, Ödem und Blutung, ebenso wie bei Verletzung von lebenden Kindern. Bei postmortalen Knochenbrüchen der Extremitäten waren die Trennungsflächen und ihre Umgebung mit Ausnahme eines Falles von sehr spärlicher Blutung unblutig.

Durch Untersuchungen an menschlichen Föten, wie an solchen von Kaninchen und Meerschweinchen, hat Ridella (142) nachweisen können, dass die Abflachung des Epithels in den Lungenalveolen durch die Erweiterung der Alveolarwände bedingt wird, sei es infolge von inizialer, spontaner Atmung, oder von Einblasen von Flüssigkeiten oder Gas.

Die Ausdehnung der Wand und die entsprechende Abflachung des Alveolarepithels, deren Nachweis wenn auch schwer, doch zu erbringen möglich ist, selbst in einem Alveolus, welcher funktioniert hat, beginnt in dem, dem Fundus des Alveolus entsprechenden Teile und erstreckt sich von hier aus zur Mündung des Alveolarkanales.

Der anatomische Befund der Alveolarerweiterung und der Abflachung des Lungenepithels kann keinen pathognomonischen Wert eines extrauterinen Lebens erlangen, da man sie auch in anderen Zuständen, verschieden von denen, die durch die Geburt des Fötus und seiner spontanen Lufteinatmung gesetzt werden, bemerken kann.

(Artom di Sant' Agnese.)

Es gelang Gaifami (51a) eine reiche Statistik von peritonealen Blutaustritten bei Neugeborenen, ohne wahrnehmbare makroskopische Läsionen, Austritte mit schweren endouterinen Asphyxien, zusammenzustellen, sowie auch eine ausgedehnte und verschiedenartige Kasuistik eigentlicher Hämoperitoneen bei Neugeborenen zu liefern.

Dieselben liessen sich a) auf Blutungen aus den Netzgefässen, b) auf primäre Hämatome der Nebennieren, c) auf spontane Splenorrhexis, d) auf Leberzerreissung, e) auf Abreissen der Nabelvene zurückführen.

In drei Fällen handelte es sich um Föten, die einige Zeit (1, 2, 5 Tage) am Leben geblieben waren; in den anderen Fällen handelte es sich um schwere endouterine Asphyxie bei Kindern, die intra partum, oder unmittelbar nachher, wegen nicht gelungener Wiederbelebung starben.

Er glaubt die Pathogenie der versshiedenen Fälle a) einmal auf Lues, b) dreimal auf endouterine Asphyxie, zum wenigsten als wesentlichste Ursache, c) zweimal auf die kombinierte Wirkung der Asphyxie und Traumen zurückzuführen.

Gaifami hebt das anatomische und klinische Interesse der beobachteten Fälle hervor, indem er auch die gerichtsärztliche Bedeutung andeutet.

(Artom di Sant' Agnese.)

Anhang: Missbildungen.

1. Abels, H., Chondrodystrophia foetalis. Ges. d. Ärzte Wien, Sitzung v. 10. Mai. Wien. klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 775.
2. Adam, Angeborene Ösophagusstenose mit Einmündung in die Trachea. Ges. f. Kinderheilk. München, Sitzung v. 21. Juni. Münch. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2540.
3. Ager, L. C., Case of Achondroplasia. Americ. Med. Bd. 7. Nr. 5.
4. Aichel, Hydramnios, Hydrops der Frucht und Ödem der Plazenta. Gyn. Ges. München, Sitzung v. 16. März 1911. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 245. (Mit Herz- und Nierenhypertrophie.)
5. Akatsuka, T., Über Osteogenesis imperfecta congenita. Inaug.-Diss. München.
6. Anencephalous monsters. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 1376.
7. Anschütz, Vermehrtes Wachstum der Fibula bei Tibiadefekt. Med. Ges. Kiel, Sitzung v. 29. Febr. Münch. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1016.
8. Arnout, Prenatal impressions. Journ. of. Am. Med. Assoc. Bd. 59. p. 52. (Mangel beider Augen, Missbildung des Unterkiefers, gespaltene Zunge; angeblich durch Versehen!)
9. Avé Lallement, Angeborene typisch ausgebildete rechtsseitige Spalthand. Med. Ver. Greifswald, Sitzung v. 26. Juli. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 2385.

9a. Aymerich, G., Anomalia dei genitali ersterni maschili (Pene rudimentario). Anomalie der äusseren männlichen Genitalien. (Rudimentärer Penis.) Rassegna di Ostetr. e Ginec. Anno 21. Nr. 7.

10. Bacon, Ch. S., Missbildung mit Cephalocele, Mesorhinoschisis, Palatoschisis, Syndaktylie und Fehlen der oberen Schädelknochen. Deutsche med. Ges. Chicago, Sitzung v. 14. Dez. 1911. Münch. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 671.
11. Bähr, F., Missbildung der Handwurzel. Fortschr. d. Röntgenstrahlen Bd. 18. H. 4.
12. Baelde, Eigentümliche Missbildung beider Zeigefinger. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. Nr. 15. (Familiäres Vorkommen.)
13. Bahr, Fall von Missbildung der Handwurzel. Fortschr. auf d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 18. H. 4.
14. Bamberg. Angeborene Knochenbrüchigkeit. Ver. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Berlin, Sitzung v. 11. Nov. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 2291. (Weitere Fälle von Umber und Noeggerath.)
15. Barrington-Ward, L. E., Double coxa vara with other deformities in broder and sister. Lancet. Bd. 1. p. 157.
16. Barholomaeus, Kongenitales Myxödem. Ges. f. Nat.- u. Heilk. Dresden, Sitzung v. 17. Febr. Münch. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1012.
17. Baudrimont, A., De la pygomélie chez l'homme. Journ. de méd. de Bordeaux. Bd. 42. p. 377 ff.
18. Becker, Anophthalmus congenitus monolateralis. Ges. f. Nat.- u. Heilk. Dresden, Sitzung v. 10. Febr. Münch. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 782.
19. Behrens, Klinische Untersuchungen über Vererbung u. Bedeutung der Struma congenita. Inaug.-Diss. Freiburg 1911.
20. Bennecke, Zwei Fälle von Brachydaktylie. Naturw.-med. Ges. Jena, Sitzung v. 7. Dez. 1911. Münch. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 280.
21. Bernhardt, Bemerkungen zur Veröffentlichung O. Torspeckens über die Kenntnis der Myatonia congenita. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 76. H. 5.
22. Berry, J. u. P. Legge, Harelip and cleft palate. London, J. u. A. Churchill.
23. Biber, W., Über Oligohydramnie mit konsekutiver Verunstaltung der menschlichen Frucht. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 17. p. 289. (Gelenkverdrehung besonders an den unteren Extremitäten.)
24. Birnbaum, R., A clinical manual of the malformations and congenital disease of the foetus. Aus d. Deutsch. übersetzt v. G. Blacker, London, J. u. A. Churchill.

25. Bittner, Atresia ani vestibularis. Ärztl. Ver. Brünn, Sitzung v. 11. Nov. Wien. klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 2054.
26. Blanc, Cas tératologique. Span. gynäk. Ges., Sitzung v. 5. Juni. Revue de Chir. Bd. 46. p. 867. (Hypospadie, Polydaktylie, Spina bifida.)
27. Blank, Synostosis radioulnaris. Ges. d. Charité-Ärzte, Sitzung v. 11. Jan. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 423.
28. Böhnke, E., Drei Fälle von angeborenen Knochendefekten der unteren Extremität. Inaug.-Diss. Königsberg 1911.
29. Bókay, Diphallia totalis. Ärztever. Budapest, Sitzung v. 17. Febr. Wien. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 2432. (Mit Epispadie und Blasenektopie.)
30. Boxwell, W., Congenital malformation of the heart with endo-and pericarditis. R. Ac. of Med. in Ireland, Section of Pathology, Sitzung v. 23. Febr. Dublin of Med. Science. Bd. 133. p. 449.
31. Brangé, F. J. M. G., L'hydrocéphalie dans la pratique obstétricale. Thèse de Toulouse 1911/12. Nr. 1037.
32. Brenner, Syndaktylie. Ärztever. Oberösterreich, Sitzung v. 11. April. Wien. klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 860.
33. Brenner, Encephalocele syncipitalis. Ärztever. Oberösterreich, Sitzung v. 4. Jan. Wien. klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 509.
34. Broca, A., Subluxation congénitale de la rotule en dehors. Gaz. des Hôp. Bd. 85. p. 1379. (Spontane Geburt.)
34a. Brochocki, Ein Fall von Acrania cum exencephalia et fissura sterno-abdominali cum exstrophia viscerum. Gaz. Lekarska. Nr. 38. (Mit 3 Abbild.) (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
35. Broman, J., Normale und abnormale Entwickelung des Menschen. Wiesbaden 1911, J. F. Bergmann. (Enthält eine Darstellung der Missbildungen sowohl der äusseren Form als der Einzelorgane.)
36. Brophy, Cleft palate. Lancet-Clinic, Cincinnati. Bd. 107 Nr. 16.
37. Bullen, F. W., A dicephalic monster. Journ. of Minnesota State Med. Assoc. and Northwestern. Lancet. Bd. 31. Nr. 24.
38. Busset, Fötaler Amputationsstumpf des linken Vorderarms. Gyn. Ges. Breslau, Sitzung v. 31. Okt. 1911. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 114. (Amniotische Abschnürung.)
39. Cairis, M. N., Deux cas de monstruosités foetales-opocéphale avec exencéphale. Grèce méd. Bd. 14. p. 29.
40. Calderini, Doppelmonstren. VI. Internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p, 1328.
41. Calderini, Hydrocephalus mit Kraniotomie. Geburtshilfl.-gyn. Ges. d. Marken u. d. Emilia, Sitzung v. 18. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 648.
42. Carrière, Kraniale Encephalocele oder Meningocele. Paris méd. 24. August.
43. Cassel, Die kongenitale Femurmissbildung. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 29. H. 1/2. u. Inaug.-Diss. Berlin (4 Fälle).
44. Chambrelent, Spina bifida chez un enfant naissant. Soc. d'Obstétr., de Gynéc. et de Péd. de Bordeaux, Sitzung v. 27. Febr. Journ. de méd. de Bordeaux. Bd. 42. p. 351.
45. Chiari, Herzmissbildung. Unterelsäss. Ärztever., Sitzung v. 2. März. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 673.
46. — H., Zur Lehre von der fötalen Rachitis. Strassb. militärärztl. Ges., Sitzung v. 3. Juni. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 2246.
47. Christel, P., Einseitiger angeborener Buphthalmus haemorrhagicus. Arch. f. Augenheilk. Bd. 71. H. 3 u. Inaug.-Diss. Erlangen.
48. Cisler, Angeborene Atresie der Choanen. Časop. lék. česk. Nr. 15.
49. Clogg, H. S., Malformation of the rectum (complete absence of the post-allantoic gut and the proctodaeum.) Roy. Soc. of Med., Section for the study of disease in children, Sitzung v. 22. Nov. Lancet. Bd. 2. p. 1507.
50. Clemens, Abrachius. Ärztl. Ver. Hamburg, Sitzung v. 9. April. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1668.
51. Codet-Boisse, Circulaires du cordon, main-bote, absence congénitale du radius. Journ. de méd. de Bordeaux. Bd. 42. p. 601.
52. Codet-Boisse u. Feutelais, Raideur articulaire congénitale de l'épaule. Soc.

d'Obstétr. de Gynéc. et de Péd. de Bordeaux, Sitzung v. 12. März. Journ. de méd. de Bordeaux. Bd. 42 p. 445 u. 526.
53. Coenen, Nachtrag zu der Mitteilung von Dr. Böhm über einen Fall von Xiphopagen. Virchows Arch. Bd. 208. H. 3.
54. Cohn, G., Missbildeter Fötus. Ver. Posener Ärzte, Sitzung, v. 15 April. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 2008.
55. Colorni, C., Zwei Fälle von Hämaturie in der Schwangerschaft. Geburtshilfl.-gyn. Ges. d. Marken u. d. Emilia, Sitzung v. 10. Dez. 1911. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 648. (Omphalocele und Meningocele bei einem Zwilling.)
56. Coon, C. E., Dyschondroplasie. Am. Journ. of Orthop. Surgery. Bd. 9. Nr. 4.
57. Corone, A., Les kystes congénitaux de la région latérale du cou. Gaz. des Hôp. Bd. 85. p. 97.
58. Courdon, Scoliose congénitale et atrophie des apophyses épineuses. Revue d'Orthop. Nr. 2.
59. Cowell, E. M., Congenital occlusion of duodenum. Quarterly Journ. of Med., London. Bd. 5. Nr. 19.
60. Cramer, C., Fall von angeborener Schulterversteifung bei partiellem Infantilismus. Arch. f. Orthop., Mechanother. u. Unfallchir. Bd. 11. H. 4.
61. Creite, Achtjähriges Mädchen mit Bildungsanomalien der unteren Extremität durch Amniondruck. Med. Ges. Göttingen, Sitzung v. 7. Dez. 1911. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 627.
62. — Angeborener Femurdefekt. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 114. H. 5/6.
63. Critchlow, J. F., Congenital idiopathic dilatation of Colon (Hirschsprungs disease). Northwest Medicine, Bd. 4. p. 35ff.
64. Curschmann, Kongenitaler spaltförmiger Thoraxdefekt. Ärztl. Kreisver. Mainz, Sitzung v. 5. Dez. 1911. Münch. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 390.
65. Curtillet, J. u. P. Lombard, Double genu recurvatum congénital. Revue d'orthop. Nr. 4.
66. Davies, T., Ein Fall von allgemeiner fötaler Wassersucht bei Hydramnion. Journ. of Obstetr. and Gynec. of Brit. Emp., Juli.
67. Dawson, H. G. W., A congenital deformity of the forearm and its operative treatment. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 833.
68. Delmas, J., Geburtshilfliche Anatomie der beiderseitigen kongenitalen Hüftgelenksluxation. L'Obstétr. 1911.
69. Dencks, G., Über eine ungewöhnliche Form der Chondrodystrophia foetalis. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 118. p. 302.
70. Denucé, Dépression cutanée dorsale médiane avec malformation épineuse sous-jacente, signe de scoliose congénitale. Revue d'Orthop. Nr. 2.
71. — Aplasie congénitale du fémur droit. Soc. d'Obstétr., de Gynéc. et de Péd. de Bordeaux, Sitzung v. 26. März. Journ. de méd. de Bordeaux. Bd. 42. p. 526.
72. Deselaers, H., Anatomische Untersuchung eines Falles von Situs viscerum inversus totalis. Inaug.-Diss. Strassburg.
73. Desnoues, Fait pour servir à l'histoire de l'hydramnios dans le cas de pseudencéphalie. Soc. d'Obstétr. de Paris, Sitzung v. 6. Febr. 1911. Annales de Gynéc. 2. Serie. Bd. 9. p. 174. (Stark vergrösserte Nieren, Dilatation eines Ureters.)
74. Desvaux und Salmon, Un cas de spina bifida lombaire; encéphalocèle, piedsbots, os wormien métopique. Soc. d'Obstétr. de Paris, Sitzg. v. 27. April. Annales de Gynéc. 2. Serie. Bd. 9. p. 243.
75. Deutsch, Spaltbildungen und Defekte infolge amniotischer Verwachsungen. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien, Sitzung vom 2. Mai. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 859. (Mehrfache Spaltbildungen, Nabelschnurbruch, Bulbusaplasie, Hüft-Ankylose.)
76. Deutschländer, Angeborener Hydrocephalus und Turmschädel. Ärztlicher Verein Hamburg, Sitzung v. 13. Februar. Münchner med. Wochenschr. Bd. 59. p. 501.
77. — Kongenitale Knochendefekte. Ebenda. (Hemimelie, Unterschenkeldefekt, Rudiment der oberen Extremität mit Syndaktylie.)
78. Devraigne und Didier, Hernie diaphragmatique embryonnaire incomplète. La Gynécologie Bd. 16. p. 420.
79. Dietrich, Herzmissbildung. Deutsche path. Ges., XV. Tagung. Strassburg. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 1064.

80. Dor, L., Unilateral glaucoma from congenital malformation. Ophthalmologie, Seattle. Bd. 9. Nr. 1.
81. Douriez, Ectopie congénitale et atrésie extrême de l'anus; opération au cinquante-septième jour; état fonctionnel parfait au bout de neuf ans. Soc. de Chir. de Paris. Revue de Chir. Bd. 45. p. 504.
82. Drehmann, Osteogenesis imperfecta. Breslauer chir. Ges., Sitzg. v. 11. Dez. 1911. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 280.
83. — Angeborene Skoliose. Ebenda.
84. Durante, Un cas de péritonite foetale compliquée de perforation intestinale. Soc. d'Obstétr. de Paris, Sitzung v. 15. Juni 1911. Annales de Gynéc. 2. Serie. Bd. 9. p. 249.
85. Ebstein, E., Hypertrichosis circumscripta mit Spina bifida occulta. Med. Ges. Leipzig, Sitzg. v. 25. Juli 1911. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 197 u. Deutsche Zeitschrift f. Neurol. Bd. 34. H. 1/2.
86. Edington, G. H., Two cases of spina bifida. Glasgow Med.-Chir. Soc., Sitzg. v. 4. Okt. Lancet. Bd. 2. p. 1083.
87. Edington, G. H., Imperforate anus with perineoscrotal orifice. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 1373 u. Lancet. Bd. 2. p. 521.
88. Effsing, F., Über einen Akardius bei Drillings-Geburt. Inaug.-Dissert. München.
89. von Eggeling und Stintzing, Eventratio diaphragmatica. Natuwissensch.-med. Gesellsch. Jena, Sitzung v. 27. Juni. Deutsche med. Wochenschrift Bd. 38. p. 2196.
90. Egloff, Lähmungen bei Spina bifida. Verein f. inn. Med. u. Kinderheilk. Berlin, Sitzg. v. 18. Dez. 1911. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 337. (Myelomeningocele.)
91. Ehrenfeld, A., The occurence and etiology of club-foot. Journ. of Am. Med. Ass. Bd. 59. 1940.
92. Ehringhaus, Zur Pathologie und Therapie der Syndaktylie. Ges. d. Charité-Ärzte, Sitzg. v. 11. Jan. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 421.
93. Eiglier, H., A propos d'un cas de cyanose congénitale. Gaz. des Hôp. Bd. 85. p. 1644. (Obliteration der Art. pulmonalis, Entspringen der Aorta aus dem rechten Ventrikel.)
94. Engelmann, G., Angeborener Hochstand der Skapula. Gesellsch. f. inn. Med. und Kinderheilkunde. Wien, Sitzung v. 23. Mai. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 941.
95. — Spina bifida. Ärztl. Verein Brünn, Sitzg. v. 14. Okt. Wien. klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 2053.
96. Erkes, F., Zur Kasuistik seltener kongenitaler Thorax-Deformitäten. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 114. p. 239. (3 Fälle von angeborener Skoliose mit Rippendefekten.)
97. Ertl, Syndaktylie. Ärzteverein Oberösterreich, Sitzg. v. 11. April. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 860.
98. — Angeborene Ankylose der Ellbogengelenke und Klumphände. Ebenda.
99. Ewald, P., Spina bifida occulta. Fortschritte der Röntgenstrahlen. Bd. 18. Heft 4.
100. Eymer, Hereditärer kongenitaler Radiusdefekt. Naturhist. med. Verein Heidelberg, Sitzg. v. 6. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1398.
101. Farnsworth, C. P., Case of imperforate anus and malformed rectum. Med. Record. New York. Bd. 81. p. 470.
102. Falk, E., Zur Kasuistik der Atresia ani. Inaug.-Diss. Berlin.
103. Fiebach, Kongenitale Patellarluxationen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 76. H. 2. (3 Fälle, beiderseitig, familiär erblich.)
104. Fischer, B., Situs inversus totalis mit kongenitalem Herzfehler. Ärztlicher Verein Frankfurt, Sitzung v. 15. Jan. Münchener med. Wochenschr. Bd. 59. p. 555. (Defekt des Vorhof-Septums, gemeinsamer Ursprung von Aorta und A. pulmonalis.)
105. — Angeborenes Vitrum cordis. Ärztl. Verein Frankfurt, Sitzg. v. 19. Febr. Berl. klin. Wochenschrift Bd. 49. p. 624. (Offenes Ventrikelseptum.)
106. — Angeborener Defekt des Herzbeutels. Ärztl. Verein Frankfurt, Sitzg. v. 20. Mai. Münchner med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1519.

107. Fischer, H., Zahlreiche Missbildungen an einem Fötus und ein Fall einer doppelten Ulna-Bildung. Inaug.-Diss. Bonn.
108. Fischer, W., Die angeborene allgemeine Wassersucht. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 410 u. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 2403.
109. Fitzwilliams, D. C. L., Congenital deformities in the lower limb. R. Soc. of Med., Section for the study of disease in children, Sitzg. v. 22. März. Lancet. Bd. 1. p. 928. (Hüft- und Kniegelenksluxation, Verkürzung des Femur, Fehlen der Patella, Pes equinovarus.)
110. F. M., Deformities of the ears. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 1520.
110a. Forssner, H., Beiträge zur Ätiologie und Behandlung der kongenitalen Darmatresien. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d. Gesellsch. schwed. Ärzte. Hygiea Nr. 16. (Silas Lindqvist.)
111. Fortmann, F., Ein sehr seltener Fall von Herzmissbildung. Deutsche med. Wochenschrift Bd. 38. p. 2213. (Angeborene Lücke der Kammerscheidewand, Mündung beider Vorhöfe in den rechten Ventrikel, Gefäss-Transposition.)
112. Fournié, L. A. B., Raideurs articulaires congénitales. Thèse de Bordeaux 1911/12. Nr. 83. (10 Fälle von angeborenen Ankylosen verschiedener Gelenke.
113. Frisch, O., Metatarsus varus congenitus. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 840.
114. Fuchs, F., Beitrag z. Lehre von der Osteogenesis imperfecta. Virchows Archiv Bd. 207. H. 1 u. Inaug.-Diss. Strassburg.
115. Fürnrohr, Hemmungsmissbildung des rechten Armes. Nürnberger med. Ges. und Poliklinik, Sitzung v. 26. Oktober 1911. Münchner med. Wochenschr. Bd. 59. p. 169. (Teilweises Fehlen des Vorderarmes mit knochenlosem Handrudiment.)
116. Gaifami, P., Zwei Fälle von Hydrops foetus universalis. Ginecologia 1911. H. 24.
116a. *— Anencefalia e capsule surrenali (Anencephalie und Nebenniere). Atti della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia, XVI.
117. Geiger, Zur Ätiologie des Klauenhohlfusses. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 78. Heft 1. (Spina bifida occulta.)
118. Gerster, A. G., Congenital teratoma of the submental and left parotid regions. New York Surg. Soc., Sitzung v. 10. Januar. Annales of Surgery Bd. 55. p. 598.
119. Gill, J. M., Case of congenital heart-block. Australas. Med. Gaz., Juni.
120. Girault und Tissier, Atrésies et segmentations intestinales congénitales. Soc. d'Obstétr. de Paris, Sitzg. v. 19. Januar 1911. Annales de Gynéc. 2. Serie. Bd. 9. p. 168.
121. Gittings, J. C., und R. Pemberton, Metabolic observations on Amyotonia congenita. Am. Journ. of Med. Sciences Bd. 144. p. 732.
122. Göppert, Pathogenese der Hirschsprungschen Krankheit. Med. Gesellsch. Göttingen, Sitzung v. 7. Dezember 1911. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 627.
123. Golach, B., Beitrag zur Ätiologie der Deflexionslagen, im besonderen ihre Beziehungen zur kongenitalen Struma. Inaug.-Dissert. Bern. (17 Fälle von kongenitaler Struma.)
124. Goyder, Harelip and cleft palate. Bradford Med.-Chir. Soc., Sitzg. v. 16. Jan. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 244.
125. Granholm, R., Beiträge zur Kenntnis des Pygopagus. Finsk. Läkars. Handl. April
126. Grósz, J., Megacolon congenitum bei einem 6 Wochen alten Säugling. Ges. d. Ärzte Budapest, Sitzung v. 27. Mai. Pester med.-chir. Presse. Bd. 48. p. 225.
127. Grünbaum, Acardiacus amorphus. Nürnberger med. Ges. u. Poliklinik, Sitzung v. 27. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2029.
128. Guthrie, L., Transposition of viscera. R. Soc. of Med. Section for de study of diseases on children. Sitzung v. 23. Febr. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 550.
129. Gutmann, S., Ösophagusatresie und Ösophagotrachealfistel, kombiniert mit Missbildungen von Herzen und an den grossen Gefässen. Frankf. Zeitschr. f. Path. Bd. 9. H. 3.
130. Hadelich, Atresia ani cum fistula vaginali. Ärztl. Verein Nürnberg, Sitzung v. 6. August 1911. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 294.

131. Haeberle, Dicephalus tribrachius. Bayer. Ges. f. Geburtsh. u. Gyn., Sitzung v. 7. Juli. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1932 u. Beitr. z. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 18. p. 39.
132. Haessner, Osteogenesis imperfecta. Rostocker Ärzteverein, Sitzung v. 9. März. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1523.
133. Haller, A., Untersuchungen über Ätiologie und Vorkommen der Skoliose. Inaug.-Diss. Freiburg 1910. (Schliesst auch bei Schädellage auf bestehende Disposition zu intrauterinen Belastungsdeformitäten.)
134. Hammesfahr, Coxa vara congenita. Niederrh. Ges. f. Natur- u. Heilkunde Bonn, Sitzung v. 13. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1810.
135. Harris, T. H., Maternal impression. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 1052. (Spontanamputation des Oberarmes, angeblich Versehen.)
136. Hashinski, P. H., Zur Diagnose der Hemicephalie während der Schwangerschaft. Shurn. akush. i shensk. bol. 1911. p. 281.
137. Hawes, A. T., Three cases of hare lip and cleft palate in one family. New York. Med. Journ. Bd. 95. p. 176.
138. Hayashi, A., Macroglossia congenita neurofibromatosa. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 118. p. 456.
139. — K., u. M. Matsuoaka, Anatomische und radiologische Untersuchungen der Knochengerüste der kongenital verrenkten Hüftgelenke. Zeitschr. f. Orthop. Bd. 30. H. 1/2.
140. Heije, C. J., Über Acardie; zur Frage von den Zwillingsmissgeburten. Nord. med. Ark. Bd. 44. Int. Med. Nr. 4.
141. — C. F., Doppelmissbildungen. Nord. med. Ark. Bd. 45. Int. Med. Nr. 1.
142. Heimann, Dipygus parasiticus. Gyn. Ges. Breslau, Sitzg. v. 27. Febr. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 35. p. 642.
143. Heller, Diphallusbildung beim Menschen und beim Rinde. Verein z. Pflege d. vergl. Path., Sitzung v. 25. Jan. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 1823.
144. Henneguier, A., De l'occlusion intestinale chez le nouveau-né. Thèse de Paris 1911/12. Nr. 442. (Fall von Microcolon congenitum — angeborene Enge des Kolons — mit Darmverschluss.)
145. Herfurth, P., Die geburtshilfliche Bedeutung des fötalen Hydrocephalus. Inaug.-Diss. Breslau. (16 Fälle.)
146. Hess, A. F., A consideration of the pancreas and its ducts in congenital obliteration of the bile ducts. Arch. of intern. med. Juli.
147. Hilpert, R., Schichtstarbildung durch 4 Generationen einer Familie. Münchener med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1272. (Nur auf die weiblichen Familienmitglieder sich vererbend.)
148. von Hippel, Missbildungen des Auges. Ärzteverein Halle, Sitzung v. 7. Jan. Münchener med. Wochenschr. Bd. 59. p. 728. (3 Fälle von Mikrophthalmus und 1 Anophthalmus.)
149. Hoffmann, K., Kasuistischer Beitrag zur Frage der kongenitalen Dünndarmatresie. Gyn. Rundschau. Bd. 6. p. 173.
150. d'Hollander, F., Anencéphalie sans amyélie. Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique. 1911. August, ref. Gaz. des Hôp. Bd. 85. p. 1419.
151. Hoover, A. R., Congenital defect in an Armenian. Journ. of Am. Med. Assoc. Bd. 59. p. 1289. (Wohl Femurdefekt.)
152. Hosmer, C. S., Persistenz der Kloake. Surg., Gyn. and Obst. Nr. 3.
153. Hübner, H., Über die klinische Bedeutung der Doppelmissbildungen. Sitzungsber. u. Abh. d. naturf. Ges. Rostock. N. F. Bd. 3.
154. — Die Doppelbildungen der Menschen und der Tiere. Ergebn. d. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 15. p. 650.
155. Huebner, Angeborener Herzfehler. Verein Posener Ärzte, Sitzung v. 22. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 2006.
156. Hübscher, Angeborener Fibuladefekt. Med. Ges. Basel, Sitzung v. 7. Dez. 1911. Med. Klin. Bd. 8. p. 293.
157. Hueter, Missbildungen. Ärztl. Verein Altona, Sitzung v. 27. März. Münchener med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1403. (Cephalothorakopagus. Thorakopagus, Rachischisis, Akranie, Anencephalie, Gastroschisis, rudimentäre Ohrmuschel, Atresie des äusseren Gehörganges und Atresie des Felsenbeines.)

158. Hummel, E., Hydrops congenitus. Inaug.-Diss. Freiburg 1911.
159. Jacobsohn, Missbildungen der Zehen. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 30. H. 1/2. (Heptadactylie.)
160. Jakowski, J., Fall von übermässig ausgedehnter Harnblase bei einer nicht ausgetragenen Frucht. Przegl. chir. i ginek. Bd. 4. H. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 627. (Fehlen der Urethra.)
161. Jalaguier, Syndactylie congénitale. Ac. de Méd., Sitzung v. 9. April. Gaz. des Hôp. Bd. 85. p. 615.
162. Ibrahim, Kongenitale Starre. Ges. f. Kinderheilkunde, München, Sitzung v. 26. April. Münchener med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2371.
163. Joachimsthal, Über Störungen in der periostalen und endochondralen Knochenbildung. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 49. p. 786.
164. — Partieller Defekt der Vorderarmknochen. Orthop. Ges. Berlin, Sitzung v. 4. März. Med. Klin. Bd. 8. p. 633.
165. — Spaltbildungen an der Patella. Orthop. Ges. Berlin. Sitzung v. 8. Jan. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1304.
166. — Heilungsvorgänge bei Osteogenesis imperfecta. Verein f. innere Med. u. Kinderheilkunde Berlin. Sitzung v. 13. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1393.
167. Johansen, Geschwulst, Neubildung, Missbildung. Geburtsh. Ges. Hamburg, Sitzung v. 19. März. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 778.
168. Josephy, H., Über Rüsselbildung bei Zyklopie. Virchows Arch. Bd. 206. H. 1.
169. Jouve, P. A., Sur un cas de fissure congénitale du nez et de la lèvre supérieure. Thèse de Bordeaux 1911/12. Nr. 128.
170. Jung, Beitrag zur Kenntnis der Luxatio genu congenita anterior. Arch. f. Orthop., Mechanotherapie u. Unfallheilkunde. Bd. 11. H. 1.
171. Jung, P., Sakralteratom als Geburtshindernis. Münchener med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1849.
172. Kaestner, S., Die Entstehung der Doppelmissbildung des Menschen und der höheren Wirbeltiere. Jena, G. Fischer.
173. Kalbanowsky-Korotkina, J., Beitrag zur Kenntnis der kongenitalen Defekte am Schädel. Inaug.-Diss. Bern 1911/12.
174. Kaiser, Perobrachius. Gyn. Ges. Dresden, Sitzung v. 15. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 816.
175. Kallius, Das Verhalten des Zwischenkiefers bei der Hasenschartenkieferspalte. Med. Verein Greifswald, Sitzung v. 7. Juli 1911. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 42.
175a. Karlin, Über Missbildungen. Beschreibung zweier Fälle. 1. Manus parva. 2. Syndactilia et ektrodactilia. Medizinsk-Obosrenie 1911. Nr. 20. (H. Jentter.)
176. Kassowitz, M., Rachitis bei Neugeborenen. Jahrbuch f. Kinderheilkunde. Bd. 76. H. 4.
177. — E., Neugeborenes mit Ectopia vesicae. Gyn. Ges. Dresden, Sitzung v. 17. Okt. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 133.
178. Kehrer, F. A., Zur Teratogenie. Arch. f. Gyn. Bd. 98. p. 263.
179. Kellner, Athyreosis congenita sporadica. Ärztl. Verein Hamburg, Sitzung v. 2. Jan. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1020.
180. — Mikrocephalie. Ärztl. Verein Hamburg, Sitzung v. 13. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1260.
181. Kermauner, F., Über angeborenen Verschluss des Duodenum. Virchows Arch. Bd. 207.
182. Kerr, H. N., Case of Hirschsprungs disease (Megacolon). Washington Med. Annals. Bd. 11. Nr. 3.
183. de Kervily u. A. Branca, Sur le testicule en ectopie du nouveau-né. Soc. de Biol., Sitzung v. 29. Juni. Gaz. des Hôp. Bd. 85. p. 1121.
184. Kickham, Ch. J., Theories as to the causation of monsters. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 167. p. 5.
185. Klar, Angeborener partieller Defekt der Fibula. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Bd. 19. H. 2.
186. — Syndactylie mit partiellem Riesenwuchs. Ges. f. Kinderheilkunde München. Sitzung v. 15. Dez. 1911. Münchener med. Wochenschr. Bd. 59 p. 390.
187. Knape, Seltene Herzmissbildung. Virchows Arch. Bd. 209. H. 3. (Offenes Vorhofseptum, einfacher Ventrikel; Situs inversus abdominis.)

188. Knox, J. H. M., u. Th. J. Sprunt, Congenital obstruction of the posterior urethra. Am. Ped. Soc. Am. Journ. of Obstetr. Bd. 66. p. 145.
189. Konopacki, M., Angeborene Atresie des Ösophagus. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat., 15. Mai.
190. Krampitz, P., Missbildung des Gehörorgans. Zeitschr. f. Ohrenheilkunde. Bd. 65. H. 1. (Ein Fall von vollständigem Defekt beider Ohrmuscheln und Gehörgänge; zwei Fälle mit anderen Missbildungen kombiniert.)
191. Kraus, Angeborene Augenmissbildungen. Nürnberger med. Ges. u. Poliklinik, Sitzung v. 22. Febr. Münchener med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1300. (Rechts Mikrophthalmus, beiderseits Iris-, links Chorioidea-Kolobom)
192. Kreglinger, G., Ein Fall von hereditärer, kongenitaler, doppelseitiger Synostose beider Vorderarmknochen an der proximalen Epiphyse. Inaug.-Diss. Bonn.
193. Kühn, Hernia diaphragmatica congenita. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 25. p. 344.
194. Künne, Angeborener Ulnadefekt. Orthop. Ges. Berlin, Sitzung v. 4. März. Med. Klin. Bd. 8. p. 633.
195. Küttner, Mannskopfgrosser, erfolgreich exstirpierter Sakraltumor. Chir. Ges. Breslau, Sitzung v. 22. Okt. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 392.
196. — Nabelschnurbruch. 84. Vers. Deutscher Naturf. u. Ärzte, Abt. f. Chir. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 1750.
197. Kuh, R., Die Chondrodysplasie im Röntgenbilde. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 29. H. 3, 4.
198. Laan, H. A., Angeborener Defekt der Pektoralismuskeln. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. Nr. 2.
199. Labbé, R., Kongenitale Rachitis. Rev. mens. de Gyn., d'Obstétr. et de Péd. Januar.
200. Ladinski, L. J., und J. Seff, Eclampsia complicating delivery of monstrosity (Cephalothoracopagus monosymmetros.) Amer. Journ. of Obst. Bd. 65. p. 48.
201. La Fétra, L. E., Case of Chondrodystrophy. New York Ac. of. Med., Section on Pediatr. Sitzung vom 14. Dezember 1911. Amer. Journ. of Obstetr. Bd. 65. p. 362.
202. Lallemant, Ein Beitrag zur Kenntnis der Spalthand. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Bd. 19. H. 5.
203. Lamb, D. S., Malformations and monstrosities in Army Medical Museum. Washington Med. Annals. Bd. 11. Nr. 1.
204. Landwehr, H., Beiträge zur Anatomie der Luxatio coxae congenita. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 30. H. 1/2.
205. Laurent, J., Contribution à l'étude de spina bifida; un cas de spina bifida cervical? Thèse de Montpellier 1911/12. Nr. 24.
206. Law, A. A., Imperforate anus. Journal-Lancet, Minneapolis. Bd. 32. Nr. 8.
207. Leegaard, F., Angeborene Halsfisteln und einige mit diesen verwandte Anomalien. Arch. f. Laryng. Bd. 26. H. 1.
208. Le Damany, Pathogénie de la luxation congénitale de la hanche. Arch. gén. de chir. Bd. 6. Nr. 2.
209. Lediard, H. A., Sacral teratoma. R. Soc. of Med., Section of Obstetr. and Gynec., Sitzg. v. 7. März. Lancet. Bd. 1. p. 867.
210. Lehle, Zur Kasuistik der kongenitalen Radiusdefekte. Deutsche militärärztl. Zeitschrift. H. 24.
211. Leiner, Ichthyosis congenita. Wiener dermat. Ges., Sitzg. v. 8. Nov. 1911. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 104.
212. Levi, Angeborene Hernie des Zwerchfells beim lebendgeborenen Fötus, der bald nach der Geburt starb. Riv. Veneta di sc. med. Nr. 9. Ref. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 25. p. 934.
213. — Über einen Fall von Missgeburt. Ebenda Nr. 8. Ref. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 25. p. 935. (Fehlen der Schädelknochen; Meningo-Encephalocele, Exophthalmus, Lippen- und Gaumenspalte, Brust- und Bauchspalte.)
214. Doppelte Hasenscharte. Naturw.-med. Ges. Jena, Sitzg. v. 23. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1767.
215. Ligat, D., Caesarean section for double monstrosity. Lancet. Bd. 1. p. 896 u. 1092. (Thoracopagus.)
216. Linzenmeier und Brandes, Extrachoriale Fruchtentwickelung und ihre Be-

deutung für die Entstehung kongenitaler Deformitäten. Beitrag z. klin. Chir. Bd. 82. Heft 1.
217. Löhlein, Anophthalmus mit Palpebralzyste. Greifswalder Med. Verein, Sitzung v. 23. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1764 und Zeitschr. f. Augenheilk. Mai.
218. Loewe, Angeborener Darmverschluss. Ärztl. Verein Frankfurt, Sitz. v. 18. Dez. 1911. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 373.
219. Loewenhaupt, K., Beitrag zur Kenntnis der Nabelschnurumschlingung und Abschnürung. Gyn. Rundschau Bd. 6. p. 284. (Nimmt Abschnürungen durch Nabelschnurumschlingung an.)
220. Loewy, S., Zwei Fälle von angeborener Missbildung. Hufeland. Ges., Sitzg. v. 14. März. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 914. (Missbildung der Extremitäten durch Amnion-Druck und Einschnürung.)
221. Lorenz, A., Über angeborenen Hochstand des Schulterblatts. Wien. med. Wochenschrift Bd. 62. p. 2751 ff.
222. Loth, Zur Lehre von der Schriddeschen allgemeinen angeborenen Wassersucht. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1642.
223. Ludwig, E., Hydrops universalis neonati mit komplizierender kongenitaler Mitralstenose. Korresp.-Bl. f. Schweizer Ärzte. Bd. 42. p. 921.
224. Lübs, H., Seltener Fall von Herzmissbildung mit besonderer Lagerung der Tricuspidalis. Zieglers Beitr. z. path. Anat. Bd. 52. H. 1. (Transposition der grossen Gefässe und der Vorhöfe, Lagerung des Tricuspidalis-Ostiums nach vorne.)
225. Maag, A., Sammenvoxede Tvillinger forlöst ved Kejsersnit. Ugeskr. f. Laeger. 1910. Nr. 21.
226. Mc Guire, St., Old and modern theories of fetal developement, with report of a case of boy with tree legs. Med. Soc. of Virginia, 43. Jahresvers. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 59. p. 1915. (Das 3. Bein sass an der Symphyse, es hatte 9 Zehen und keine Patella.)
227. Mackenzie, H., und W. H. Battle, Congenital dilatation of the colon. R. Soc. of Medic., Clinical Section, Sitzung vom 9. Februar. Lancet. Bd. 1. p. 432.
228. Madelung. Elephantiasis congenita brachii. Unterelsässischer Ärzteverein Strassburg, Sitzung vom 3. Februar. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1396.
229. Magnus, G., Über Madelungsche Deformität. Med. Klinik Bd. 8. p. 2069. (Bei Mutter und Tochter.)
230. Malis, J. M., Zur Frage der angeborenen Spaltung des Fusses und der Hand. Chirurgija Bd. 31.
231. Maley, Lebende Kraniopagen. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn., Sitzg. v. 10. März. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 237.
232. Marchand, Epignathus. Ges. f. Geb. u. Gyn. Leipzig, Sitzg. v. 20. Mai. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1435.
233. Marfan, Rétrécissement congénital du pylore. Soc. de Pédiatr., Paris, Sitzg. vom 12. Juni. Presse méd. Nr. 51. p. 542. (Sektionsbefund.)
234. Martschenko-Ivanoff, N., Contribution à l'étude de la péritonite adhésive congénitale. Thèse med. Genf 1911/12.
235. Matthey, A., Deux cas de bec-de-lièvre pseudo-médian dont l'un compliqué d'anencéphalie. Revue méd. de la Suisse Romande Bd. 32. Nr. 2.
236. Mayr, K. M., Über einen Fall von kongenitaler Radius-Luxation. Inaug.-Dissert. München.
237. Mazylis, Fall von Mesenterium primitivum commune bei einem Neonaten mit zystischer Degeneration der Nieren. Nowiny Lekarskie Nr. 10. p. 573. Nr. II. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
238. Mees, R., Kleinhirnexstirpation bei einem Fall von angeborener Hydrencephalocele occipitalis. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 18. p. 8.
239. Melchior, E., Über die Kombination von symmetrischer Madelungscher Handgelenksdeformität mit doppelseitiger metakarpaler Brachydaktylie. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 30. H. 4.
240. — Kongenitale symmetrische Vorderarm-Synostose. Chir. Ges. Breslau, Sitzg. vom 8. Juli. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 1638 u. 1659.

241. Meyer, G., Situs inversus totalis. Ges. f. Kinderheilk. München, Sitzg. v. 19. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 504.
242. Meyer, R., Epignathus. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin, Sitzg. v. 28. Juli. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. p. 326.
243. — Nebenniere bei Anencephalie. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin, Sitzung v. 12. Juli. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. p. 787. (Defekte der Nebennieren bei Gehirndefekten.)
244. — Zur Kenntnis einiger Schädelanomalien der Neugeborenen; Schaltknochen und Defekte der Schädeldeckknochen. Arch. f. Gyn. Bd. 96. p. 280.
245. Million, J., Über kongenitale partielle Hypertrophie. Inaug.-Dissert. München. (Zwei Fälle von angeborenem Riesenwuchs einer oberen und einer unteren Extremität.)
246. Milne, L. S., Congenital atresia of bile passages. Quarterly Journ. of Med., London. Bd. 5. p. 409.
247. Minkowski, Hirschsprungsche Krankheit. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur, Sitzg. vom 1. Nov. Med. Klinik Bd. 8. p. 2007.
248. Minoura, M., Zur Kenntnis der Missbildungen an den Extremitäten. Inaug.-Diss. München.
249. Miyanchi, Zur Kasuistik des angeborenen Hochstandes des Schulterblatts. Archiv f. Orthop., Mechanoth. u. Unfallheilk. Bd. 11. H. 2/3.
250. Miyata, Über einen seltenen Fall von Syndaktylie. Zeitschrift f. orthop. Chir. Bd. 29. Heft 1/2. (Verwachsung aller Finger und Zehen mit Ausnahme der fünften)
251. Mönkeberg, Herzmissbildungen. Jena, G. Fischer. (Ausgezeichnetes ausführliches Werk mit vorzüglichen Abbildungen.)
252. Möslein, Kongenitale Skoliose. Med. Verein Greifswald, Sitzg. v. 7. Juni. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 2245.
253. Mohr, Kongenitaler Herzfehler. Med. Ges. Leipzig, Sitzg. v. 16. Juli. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 2390.
254. Morgan, G., Anencephalous monster Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 779.
255. Morkownikowa, E., Über angeborene Skoliose. Inaug.-Dissert. Berlin 1911.
256. Morton, J., Congenital absence of the colon. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 1118.
256a. Motschulsky, Zur Kasuistik herzloser Missgeburten. Charkowski Medizinski Journal. Juni. (H. Jentter.)
257. Müller, A., Über einen Fall von blinder Endigung des Halsteiles des Ösophagus mit Kommunikation seines Brustteiles mit der Luftröhre. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 767.
258. Mueller, H., Über Situs inversus partialis. Zieglers Beitr. z. path. Anat. und allg. Path. Bd. 51. H. 3.
259. Muff, W., Ischiopagus tripus. Inaug.-Diss. Tübingen.
260. Murat Bey, Hydrocephalus congenitus internus. Wissenschaftl. Abend d. Gülhane Lehrkrankenhauses Konstantinopel. März. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1477.
261. Nägeli, Transposition der grossen Gefässe. Ärzteverein Halle, Sitzg. v. 21. Febr. Med. Klinik Bd. 8. p. 670.
262. Nagamachi, Über einen Fall von Doppelmissbildung (Cephalo-Thorakopagus). Inaug.-Diss. München 1910.
263. Nasay, F., und A. Louyot, Missbildungen des Kranium und ihre Beziehungen zur Geburtshilfe. Revue mens. de gyn. d'obstétr. et de paed. 1911. Oktober. (1 Hydrocephalus, 1 Anencephalus und eine partielle Defektbildung des Kranium.)
264. Natzler, Seltene Fussdeformität. Zentralbl. f. chir. u. mech. Orthop. Bd. 6. H. 2. (Wird auf intrauterin verlaufene Poliomyelitis zurückgeführt.)
265. Neck, Syndaktylie. Med. Ges. Chemnitz, Sitzg. v. 18. Okt. 1910. Münchn. med. Wochenschrift Bd. 59. p. 386.
266. Niemann, Angeborener partieller Riesenwuchs der rechten Gesichtshälfte. Ges. d. Charité-Ärzte Berlin, Sitzung vom 4. Juli. Deutsche med. Wochenschrift Bd. 38. p. 1809.

267. Noguchi Y., Beitrag zur Ätiologie des kongenitalen partiellen Darmdefektes. Virchows Archiv Ba. 209. H. 2.
268. Norbury, L. E. C., Spina bifida. Roy. Soc. of Med., Section for the study of disease in children, Sitzg. v. 22. Nov. Lancet. Bd. 2. p. 1506.
269. Obländer, F., Ein Fall von Ösophagusatresie, kombiniert mit mehreren Missbildungen. Inaug.-Diss. Heidelberg.
270. Oppenheim, H., Myatonia congenita. Hufel. Ges., Sitzg. v. 14. Nov. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 2435.
271. Otterdorff, Missbildung aller 4 Extremitäten auf amniotischer Basis. Ärzteverein Altona, Sitzg. v. 28. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1296. (Spalthände, Abschnürung der Unterschenkel.)
272. Pagenstecher, Kausale Genese der Augenmissbildungen und angeborenem Stare. 38. Vers. d. Deutschen ophthalm. Ges., Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1623.
273. — H. E., Experimentelle Studien über die Entstehung von angeborenen Staren und Missbildungen bei Säugetieren. Leipzig, S. Hirzel.
274. Pain, D. A., Contribution à l'étude de la hernie du cordon ombilical. Thèse de Bordeaux 1911/12. Nr. 146.
275. Pánek, K., Extraamniale Schwangerschaft. Sbornik lek., Bd. 13. Nr. 3/4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 408. (Handdeformität durch Amnios-Fäden.)
276. Paul, L. G., The operative treatment of spina bifida with report of a case. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 167. p. 18.
277. Peiper, Angeborenes Myxödem. Med. Verein Greifswald, Sitzg. v. 18. Nov. 1911. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 292.
278. Peiser, Über Phimose und Hydrocele im Säuglingsalter. Berl. klin. Wochenschrift Bd. 38. p. 1084.
279. Peltesohn, Fall von Peroneuslähmung durch amniotische Schnürfurche. Berl. med. Ges., Sitzung vom 31. Januar. Berliner klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 316 u. 599.
280. Perlis, E. Ch., Über Spina bifida. Inaug.-Diss. Berlin.
281. Pieri, Sulla diagnosi radiografica della malattia di Hirschsprung. Riv. osped. Bd. 2. Nr. 8. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd: 39. p. 1779. (8 Tage alter Säugling.)
282. von Pieverling, H., Über fötale Wassersucht. Iaug.-Dissert. München 1911.
283. Pini, Anus vestibularis. Geburtshilfl. Ges. d. Marken u. d. Emilia, Sitzg. v. 18. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 648.
284. Pol, Zur Extremitäten-Dysgenese. Deutsche path. Ges. XV. Tagung. Strassburg. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 1064.
285. Pollak, Atresie des Ösophagus und Kommunikation zwischen Magen und Trachea. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien, Sitzg. v. 13. Juni. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 1108.
286. Poynton, F. J., und J. L. Davies, Case of congenital heart disease, cystic liver and cystic kidney. Med. Soc. of London, Sitzung v. 25. November. Lancet. Bd. 2. p. 1510.
287. Preiswerk, Osteogenesis imperfecta. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 76. H. 1.
288. Preusse, H., Lebensfähige Missgeburt mit schräger Gesichtsspalte. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 76. p. 71.
289. Prudhomme, P. R., L'absence congénitale du fémur. Thèse de Paris 1911/12. Nr. 227.
290. von Radwanska, Zwei und einhalbmonatliches Mädchen mit Spina bifida und angeborenem Uterusprolaps. Krakauer Ärztliche Gesellschaft. Przeglad Lekarski Nr. 2. p. 42 u. Gyn. Rundschau. Bd. 6. p.166. (Der Uterusprolaps dürfte wohl erst bei Beginn der Atmung post partum entstehen. Referent.) (Polnisch.)
(v. Neugebauer.)
291. Rammstedt, Zur Operation der angeborenen Pylorusstenose. Med. Klinik Bd. 8. p. 1703 u. 1761.
292. Ransohoff, J., Median harelip. Lancet-Clinic, Cincinnati Bd. 108. Nr. 18.
293. Rautmann, Über angeborene Wassersucht. Med. Ges. Chemnitz. Sitzg. v. 16. Okt. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2590.
294. Rebattu, J., Achondroplasie. Nouvelle Jconographie de la Salpétrière 1911. September—Oktober.

295. Rees, C. M., Congenital dilatation of colon; megacolon or Hirschsprung's disease. Journ. of South-Carolina. Med. Assoc. Bd. 8. Nr. 4.
296. Reichmann, Kongenitaler Defekt beider Schlüsselbeine. Fortschr. auf d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 18. H. 3.
297. — Congenital absence of both clavicles. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 59. p. 1192.
298. Richardière u. Huber, Un cas de cyanose congénitale sans souffle; inocclusion de la cloison interventriculaire avec absence d'artère pulmonaire. La Clin. infantile. 1911. 15. Februar.
299. Ridlon, J. und H. B. Thomas, Absence of bony femoral head and necks. Am. Journ. of Orthop. Surg. Bd. X. Nr. 2.
300. Riefler, K., Zur Kenntnis der Sakraltumoren. Inaug.-Diss. München.
301. Riehl, Amniotische Abschnürungen der Finger. Wiener dermat. Ges., Sitzg. v. 17. Jan. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 365.
302. Riesel, 3 Fälle von partiellem Defekt des Herzbeutels bei Hernia diaphragmatica und Rachischisis. Deutsche path. Ges. XV. Tagung, Strassburg. Berl. klin. Wochenschrift. Bd. 49. p. 1064.
303. Rixford, E., Contribution to the etiology of congenital dislocation of the hip. Annals of Surgery. Bd. 56. p. 854. (3 Fälle, einer mit mehrfachen Missbildungen und 1 bei Acardiacus; geringe Fruchtwassermengen.)
303a. Rizzatti, Anomalia di ossificazione di un cranio fetale. Verknöcherungsanomalien eines fötalen Schädels. Annali di Ostetr. e Ginec. Milano. XXXIV. S. 360. (Ausgetragener Fötus mit einem überzähligen Wormschen Knochen im interparietalem Teile der Stirnfontanelle. Ebenso bestand ein Hydrocephalus internus, Hydronephrosis bilateralis und Hydramnios, nebst Ödemen der Tegumente.)
(Artom di Sant' Agnese.)
304. Rocher, H. L., Doppelseitiges angeborenes schnappendes Knie. XXIV. franz. Chirurgenkongr. 1911. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 580.
305. — Pronation congénitale par dysplasie articulaire radia-cubitale; considérations sur les raideurs articulaires congénitales. Journ. de méd. de Bordeaux. Bd. 42. p. 734.
306. Rodler-Zipkin, R., Akranie und Anencephalie mit Aplasie der Nebennieren. Nürnberger med. Ges. u. Polikl., Sitzg. v. 25. Jan. Münchener med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1021.
307. Roederer, C., Les luxations congénitales de la hanche à symptomes tardives. Presse méd. Bd. 20. Nr. 26.
308. Rössing, H., Klinische Untersuchungen über Deformitäten der Nase bei Neugeborenen. Inaug.-Diss. Freiburg 1911.
309. Rogatschevsky-Orloff, B., L'hydrophthalmie congénitale. Thèse méd. Genf 1911/12.
310. Roismann, S., Ausdehnung der kindlichen Harnblase mit gleichzeitigem Aszites als Geburtshindernis. Inaug.-Diss. Berlin.
311. Romanoff, Chondrodystrophia foetalis. Inaug.-Diss. München 1910.
312. Roman. T., Maternal impressions. Austr. Med. Journ. Bd. 1. Nr. 34.
313. Rosenberg, Kongenitale Missbildung des äusseren Ohres. Gyn. Ges. Breslau, Sitzg. v. 26. März. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 862.
314. Rübsamen, W., Beitrag zur Kasuistik des kongenitalen Ulnadefektes. Münchener med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2284.
315. Sachs, E., Über Nebenlungen. Gyn. Rundschau. Bd. 6. p. 853.
316. Salle, Fall von angeborener abnormer Grösse der Extremitäten mit einem an Akromegalie erinnernden Symptomenkomplex. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 75. H. 5.
317. Savariaud, Diagnostic de la luxation congénitale unilatérale, chez le jeune enfant. Bull. et Mém. d. l. Soc. de Chir. de Paris. Bd. 38. p. 46.
318. — Pied bot congénital. Presse méd. Nr. 73.
319. — Bec-de-lièvre. Soc. de Chir., Sitzg. v. 8. Mai. Gaz. des Hôp. Bd. 85. p. 842.
320. — Imperforation anale. Soc. de Chir., Sitzg. v. 7. Febr. Gaz. des Hôp. Bd. 85. p. 247.
321. Saxenberger, O., Über bilateralen, kongenitalen, totalen Fibuladefekt. Inaug.-Diss. Berlin.
322. Saxl, Kongenitaler Femurdefekt. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 30. H. 1/2.
323. Schäfer, C., Makroglossie und Mikroglossie. Inaug.-Diss. Halle.

324. Scharff, A., Zwei Fälle von symmetrischen Missbildungen der Finger. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 30. H. 4.
325. Schasse, Angeborene Skoliose. Verein f. innere Med. u. Kinderheilk., Berlin. Sitzg. v. 18. Dez. 1911. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 338.
326. Schelbaum, P., Über einen Fall von doppelter Coxa vara congenita. Inaug.-Diss. Strassburg.
327. Schindler, K., Herniologische Beiträge. Gyn. Ges. München, Sitzg. v. 16. März 1911. Münchener med. Wochenschr. Bd. 59. p. 237. (Ein angeborener Nabelschnurbruch.)
328. Schlank, J., Acardiacus acephalus. Gaz. lek. 1911. Nr. 45. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 792.
329. Schmidt, M. B., Osteogenesis imperfecta. Ärztl. Verein Marburg, Sitzg. v. 2. März. Münchener med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1250.
330. Schnabel, Missbildetes Kind. Wissenschaftl. Ges. deutscher Ärzte in Böhmen, Sitzg. v. 25. Okt. Prager med. Wochenschr. Bd. 37. p. 685. (Atrophie der Haut, Hypoplasie der Lider).
331. Schneider, P., Kongenitale Larynxzyste. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 64. H. 4.
332. Schreiber, J., Ein eigentümlicher Fall von Atresia ani. Münchener med. Wochenschrift Bd. 59. p. 310. (Anus perinealis mit Verbindung zwischen Rektum und Blase.)
333. Schrey, P., Die Präparate von Doppelbildungen im Greifswalder pathologischen Museum. Inaug.-Diss. Greifswald 1911. (Grosse Reihe von Doppelmissbildungen.)
334. Schulz, F., Atresia ani vaginalis. Inaug.-Diss. Freiburg 1910. (Zusammenstellung von 220 Fällen.)
335. — J., Bildungsanomalien der Sakrokokkygealgegend, die sogenannten Steissbeindermoidfisteln. 84. Vers. deutscher Naturf. u. Ärzte. Abt. f. Chir. Zentralbl. f. Chir. Bd. 39. p. 1737.
335a. Schuster, H., Angioma cavernosum im Herzen eines Neonaten. Lwowski Tygodnik Lekarski. Nr. 52. p. 837. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
336. Schwalbe, Dermoidzyste mit weit entwickelter Embryonalanlage. Ärztl. Verein Rostock. Sitzg. v. 10. Febr. Münchener med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1523.
337. — E., Über fehlerhafte Entwickelung. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 2065.
338. — Die Vierlingsmissbildung von Baart de la Faille. Ärzteverein Rostock, Sitzg. v. 9. Nov. Münchener med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2900. (Epignathus, durch 2 Nabelschnüre mit Acardiis acephalis verbunden.)
339. Schwarz, Beitrag zur Kenntnis des geschwänzten Menschen. Münchener med. Wochenschr. Bd. 59. p. 928. ($5^1/_2$ cm weicher Schwanz bei einem Neugeborenen; Wirbelsäule normal.)
340. Schwarz, H., und M. H. Bass, Osteogenesis imperfectase. New York Ac. of Med. Section on Pediatr., Sitzg. v. 9. Mai. Am. Journ. of Obstetr. Bd. 66. p. 308.
341. Schwarzbach, Über angeborenen Defekt der Tibia und Ulna. Zentralbl. f. chir. u. mech. Orthop. Bd. 6. H. 9.
342. — Zwei Fälle von angeborenen Missbildungen im Bereiche der oberen Extremität. Zentralbl. f. chir. u. mech. Orthop. Bd. 6. H. 11. (Rudimentärer Oberarm u. rudimentäre obere Extremität.)
343. Schwenke, J., Über drei Fälle von Bauschspalte mit verschiedenen Komplikationen. Zieglers Beitr. z. path. Anat. u. allg. Path. Bd. 52. H. 3. (Auf amniotischer oder plazentarer Verwachsung beruhend.)
344. Scott, G. D., Chondrodystrophy. New York Ac. of Med., Section on Pediatr., Sitzung v. 14. Dez. 1911. Am. Journ. of Obstetr. Bd. 65. p. 361.
345. Sdrawomyslow, J. I., Geburt bei Thoracopagus quadribrachius. Shurn. akusch. i shensk. bolesn. 1911. p. 1499.
346. Sella, U., Über kongenitale Atresie des Darmes und der weiblichen Genitalien und ihr Verhältnis zur fötalen Peritonitis. Zieglers Beitr. z. path. Anat. u. allg. Path. Bd. 52. H. 2.
347. Sharpe, H. A., Acranial monster with encephalocele and polyhydramnios. Journ. of Am. Med. Assoc. Bd. 58. p. 1857.
348. Sheffield, H. B., Bilateral anophthalmos; amaurotic idiocy. Med. Record, New York. Bd. 81. p. 165.
349. — Myelocystocele, spina bifida occulta. Med. Record New York. Bd. 81. p. 5.
350. — Congenital myxoedema. Med. Record, New York. Bd. 81. p. 705.

351. Shukowsky, W. P, u. A. A. Baron, Kongenitale Atresie der Speiseröhre mit Trachealfistel. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 58. H. 3.
352. Shukowsky, W. P., u. W. Stinjoff, Über polyzystische Degeneration der Nieren namentlich im Kindesalter. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 58. H. 2. (Achtmonatiger kongenital-syphilitischer Fötus mit Atresia ani, Missbildung der Geschlechtsorgane, Zystennieren, Atresie der Ureteren, Einmündung des Harnsystems in das Rektum.)
353. Sichel, Craniothoracopagus. New York Ac. of Med., Sitzung v. 18. April. Med. Record, New York. Bd. 81. p. 1012.
354. Sick, Nabelschnurbruch mit Leber und den grössten Teil des Darmes als Inhalt. Med. Ges. Leipzig, Sitzung v. 30. Juli. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 2390.
355. Sieber, Duodenalatresie bei Neugeborenen. Gyn. Ges. Breslau, Sitzung v. 27. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 645.
356. Siegenbeck van Heukelom, J., u. D. J. Kamberg, Osteogenesis imperfecta. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1911. III.
357. Silberknopf, O., Hirschsprungsche Krankheit. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien, Sitzung v. 2. Mai. Wien. klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 858.
358. Skillern, P. G., A child with rudimentary left upper eytremity (Perobrachium). Philad. Ac. of Surgery, Sitzung v. 4. Dez. 1911. Annales of Surgery. Bd. 55. p. 421.
359. Smester, Nabelhernie bei einem Neugeborenen. Journ. de Méd. de Paris, 6. Juli.
360. Snow, J. M., Oppenheims Myatonia. Journ. of Am. Med. Assoc. Bd. 58. p. 745.
361. Souligoux, Imperforation anale; anus vulvaire; transplantation du rectum, guérison. Soc. de Chir. Paris, Sitzung v. 7. Febr. Presse méd. Nr. 13. p. 140.
362. Sourdille u. Vignes, Scission congénitale complète dé l'intestin grêle. Soc. d'Obstétr. de Paris, Sitzung v. 21. Dez. 1911. Presse méd. Nr. 2. p. 20.
363. Spanier, Operierte Spina bifida. Ges. f. Kinderheilk. München, Sitzung v. 17. Nov. 1911. Münch. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 57.
364. Spencer, W. G., Hirschsprungs disease. Hunterian Soc., Sitzung v. 13. Nov. Lancet. Bd. 2. p. 1511.
365. Speyer, S., Über kongenitale Zwerchfellhernien mit Berücksichtigung eines selbst beobachteten Falles. Inaug.-Diss. Heidelberg.
366. Spielberg, Ch., Beitrag zur Kenntnis des Hydrophthalmus congenitas. Inaug.-Diss. Bern. 1911/12.
367. Stelmachowski, Cz., Über Hydramnion. Inaug.-Diss. Breslau. (Unter 127 Fällen 15 Missbildungen.)
368. Sterzing, P., Angeborener einseitiger Defekt sämtlicher willkürlicher, vom Nervus vago-accessorius versorgter Muskeln. Neurol. Zentralbl. Nr. 10.
369. Stimmel u. Rotter, Beiträge zur Pathologie und Therapie des Hydrophthalmus congenitus. Zeitschr. f. Augenheilk. Aug./Sept.
370. Stokes, Sacro coccygeal tumour. R. Ac. of Med. in Ireland, Section of Surgery, Sitzung v. 2. Febr. Lancet. Bd. 1. p. 583.
371. Stolz, M., Ein Nabelschnurbruch mit Darmfistel und Nabelschnurzyste. Gynäk. Rundsch. Bd. 6. p. 131.
371a. Stoney, R. A., Spina bifida. R. Ac. Med. in Ireland, Section on Surgery, Sitzung v. 29. März. Dublin Journ. of Med. Science. Bd. 134. p. 133.
372. Straus, W., Hydrocephalus. Ärztl. Ver. Nürnberg, Sitzung v. 4. April. Münch. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1739. (Bei 7monatigem Fötus.)
373. Streit, B., u. Wegelin, Über einen Fall von Holoacardius. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 35. p. 589.
374. Strobach, Sternopagus. Gyn. Ges. Dresden, Sitzung v. 20. Juni. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 1655.
375. Strümpell, Demonstration einer angeborenen Herzanomalie. Med. Ges. Leipzig, Sitzung v. 16. Juli. Münch. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2315. (Defekt im Ventrikelseptum.)
375a. Strina, F., Un caso di rene policistico fetale. (Ein Fall einer polyzystischen Niere bei einem Fötus.) Rassegna di Ostetr. e Ginec. Anno 21. Nr. 2.
376. Stütz, Angeborene seitliche Nasenspalte, verbunden mit gleichzeitiger Choanalatresie. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 65. p. 202.
377. Stumme, Über kongenitale Hüftluxationen. Med. Ges. Leipzig, Sitzung v. 23. Jan. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 343.
378. Sutherland, G. A., Congenital heart disease. Harveian Soc., London, Sitzung v. 1. Febr. Lancet. Bd. 1. p. 367.

379. von Szily, Primäre Ursache der Missbildungen des Auges. 38. Vers. d. deutschen ophthalm. Ges. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1623.
380. Tafipolsky, S., Contribution à l'étude du spina bifida. Thèse méd. Genf. 1911/12.
381. Tange, R. A., u. M. H. J. Groenendijk, Osteogenesis imperfecta. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. Nr. 5.
382. Thaler, H., Thoracopagus. Geburtsh.-gyn. Ges. Wien, Sitzung v. 28. Nov. 1911. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 606.
383. Thorspecken, O., Zur Kenntnis der Myatonia congenita. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 26. H. 3.
384. Tillmanns, Atresia ani congenita mit angeborenem Megakolon. Ver. Sächs.-Thür. Kinderärzte, Sitzung v. 10. Dez. 1911. Deutsche med Wochenschr. Bd. 38. p. 582.
385. Tilp, Spina bifida anterior. Deutsche path. Ges., 15. Tagung, Strassburg. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 1064.
385a. Timofeew, Zur Ätiologie kongenitaler Missgeburten. Wratscheb. Gaz. Nr. 31. (Beschreibung eines Celosomus monobrachius cum hemicrania et anophtalmia et fissura nasi et labii superioris. Gewicht 800 g; Länge 33 cm. Die Ätiologie ist klar: Druck seitens des Amnions im Sinne Dareste's. Die Schwangere hatte im Anfange der Schwangerschaft lange Zeit hindurch täglich grosse Dosen Chinin gebraucht; beständige Kontraktion des Uterus, weshalb die Amnionhöhle nicht wachsen konnte.) (H. Jentter.)
386. Tournier, E., u. J. Ducuing, De la conduite à tenir chez le nouveau-né atteint de spina bifida. Arch. prov. de chir. Nr. 11.
387. Triboulet, H., u. de Jong, Une famille d'achondroplases. Bull. de la Soc. de Péd. Bd. 14. Nr. 4.
388. Trillmich, Spina bifida occulta. Ärztever. Kassel, Sitzung v. 7. Febr. Med. Klinik. Bd. 8. p. 800.
389. Trinkler, N. P., Ein seltener Fall von Organverdoppelung. Zeitschr. f. Urol. Bd. 6. p. 751. (Vollständige Verdoppelung der Vagina, des Uterus, der Blase und und Urethra, sowie des Rektums und Anus mit Verbindung jedes Rektums mit der gleichseitigen Scheide. Feststellung mittelst Laparotomie an dem dreijährigem Kinde, die zum Zweck der Unterdrückung der einen Darmöffnung ausgeführt wurde.)
390. Tschilinguirien, R.. Contribution à l'étude des tératomes sacraux. Thèse méd. Lausanne 1911/12.
391. Tugendreich, Angeborener, halbseitiger, partieller Riesenwuchs. Verein. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Berlin, Sitzung v. 22. Jan. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. p. 481.
392. Turnbull, A. E., Twin monsters with acute hydramnios. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 821. (Triencephalus und Anencephalus.)
393. Uhthoff, Kind mit lokaler angeborener Irideremie. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur, med. Section, Sitzung v. 16. Febr. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 719.
394. Umansky, M., Ein Fall von Hernia diphragmatica congenita. Inaug.-Diss. München.
395. Valeur, F., Spontane Heilung eines Nabelschnurbruches. Med. Revue Bergen. Bd. 28. p. 207. (Heilung nach Gangrän des Bruchsacks.)
396. Valtancoli, G., Cas de scoliose congénitale. Rev. d'orthopédie. Nr. 6.
397. Vanesson, A., Contribution à l'étude des hernies diaphragmatiques congénitales chez le nouveau-né. Thèse de Paris 1911/12. Nr. 388.
398. Variot, G., Linksseitige angeborene Atrophie des Gesichtes und der Zunge, Defekt des Musc. sternocleidomastoideus und Hernie der Lunge auf derselben Halsseite. Bull. de la Soc. de Péd. de Paris. p. 114.
399. Verocay, Zur Kasuistik der kongenitalen Atresie der Aorta. Wissensch. Ges. deutscher Ärzte in Böhmen, Sitzung v. 23. Febr. Wien. klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 401.
400. Viannay, Encéphalcèle congénitale. Soc. des Sciences méd. de Saint-Etienne. Revue d. Chir. Bd. 45. p. 848. (Operiert.)
401. Wade, R. B., Osteogenesis imperfecta. Australas. Med. Gaz. 25. Mai.
402. Waelli, E., Über die kongenitale Hernia diaphragmatica im Foramen Morgagni und ihre Röntgendiagnose. Arch. f. klin. Chir. Bd. 97. H. 4.
403. Wagner. G. A., Nabelschnurbruch mit Blasendarmspalte mit Rachischisis lumbosacralis und Myelocystocele. Ges. d. Ärzte Wien, Sitzung v. 24. Mai. Wien. klin. Wochenschr. Bd. 25. p. 897.
404. Wahl, K., Ein Fall von Sakral-Dermoid. Inaug.-Diss. München 1898; gedruckt 1911.

405. Waugh, G. E., Enterectomy under spinal anaesthesia for acute intestinal obstruction in an infant 24 hours old; survival for one month. Lancet. Bd. 1. p. 427. (Nabelschnurbruch.)
406. Weihe, F. A., Über angeborenen partiellen Riesenwuchs. Inaug.-Diss. Berlin.
407. Welt-Kakels, S., Hirschsprungs disease. New York Ac. of Med., Section on Ped., Sitzung. v. 14. Dez. 1911. Med. Record, New York. Bd. 81. p. 90.
408. Wenglowsky, R., Über die Halsfisteln und -Zysten. Arch f. klin. Chir. Bd. 98. H. 1.
409. Wesemeyer, O., Über den Hirnbruch, im Anschluss an einen Fall eigener Beobachtung. Inaug.-Diss. Leipzig 1911.
410. Wette, Zwei Fälle von angeborenem Fibuladefekt. Allg. ärztl. Ver. Köln, Sitzung v. 1. Juli. Münch. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2027.
411. — Vier Fälle von angeborener Hüftverrenkung. Ebenda.
412. Weyl-Snuijf, Abnorme Öffnung im Ductus hepaticus hepaticus bei einem Säugling. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1911. I. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 628.
413. White, C., Totaler Duodenumverschluss bei einem Neugeborenen. Journ. of Obstetr. and Gyn. of Brit. Emp. April.
414. — Fetus with congenital hereditary exophthalmic goiter. Journ. of Ostetr. and. Gyn. of Brit. Emp. Bd. 21. Nr. 5.
415. Wieting, Herzmissbildung. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 114. H. 1. (Defekt des Zwerchfells und der subthorakalen Bauchwand, bruchartig vorgelagertes Perikardium, divertikelartige Verlängerung des Herzens.)
416. Wilke, Hernia diaphragmatica congenitalis. Med. Ges. Kiel, Sitzung v. 20. Juni. Münch. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1880.
417. Willmes, Hydrocephalus mit Spina bifida lumbosacralis. Allg. ärztl. Verein Köln, Sitzung v. 20. Mai. Münch. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 1834.
418. Wolff, M., Ein Fall von intrauterin geheilter Hasenscharte mit Naevus papillomatosus-Bildung im Verlauf von fötalen Schlussspalten. Inaug.-Diss. Greifswald.
419. Wollenberg, Defekte der Vorderarmknochen. Berl. orthopäd. Ges., Sitzung. v. 4. März. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 1104.
420. Wrede, Syndaktylie der Finger und Zehen. Naturw.-med. Ges. Jena, Sitzung v. 7. Dez. 1911. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. p. 328.
421. Zarfl, M., Hirschsprungsche Krankheit. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien, Sitzung v. 2. Mai. Wiener klin. Wochenschr. B. 25. p. 858.
422. Zeit, F. R., Congenital atresia of esophagus and esophagotracheal fistula. Journ. of Med. Research, Boston. Bd. 27. Nr. 133.
423. Zimmermann, C., Klinische Untersuchungen über intrauterine Belastungsdeformitäten am Kopf von Schädellagenkindern. Inaug.-Diss. Freiburg 1910.
424. Zöllner, Hydrocephalus mit Hydramnion. Allg. ärztl. Verein Köln, Sitzung v. 20. Mai. Münch. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2081.

Bei der Sektion von 14 Anencephalen fand Gaifami (116a) 4mal Abwesenheit der Nebennieren und hochgradige Aplasie bei allen anderen (Durchschnittsverhältnis zwischen Nebenniere und Niere 1:20, mit einem Maximum von 1:180). Die Hypophyse fand er normal, die Schilddrüse meist wenig entwickelt, die Thymus sehr vergrössert. Von 14 Föten wiesen 8 bedeutende Missbildungen auf (Zwerchfellbruch, atrophische Niere, polyzystische Niere, Abwesenheit der Blase). Die Erklärung der Beziehungen zwischen Nebennierenaplasie und Anencephalie erörternd schliesst Verf. auch auf Grund eines von ihm studierten Falles von Mikrocephalie und mehrerer von Hydrocephalie, dass die Annahme einer Nebennierenaplasie ex non usu nicht haltbar ist.

(Artom di Sant' Agnese.)

Sach-Register.

Siehe stets das Einzelstichwort.

A.

B.

C

D.

F.

H.

I.

J.

L.

M.

N.

O.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

X.

Z.

Autoren-Register.

Die **fett** gedruckten Ziffern sind referiert.

B.

C.

D.

Dyrenfurth 829.

E.

F.

I und J.

L.

M.

Q.

R.

S.

T.

W.

